

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 mars 1896, à 1 heure

Par LEFÈVRE (GASTON)

Né à Paris, le 17 février 1869

Ancien externe de la Maison d'accouchement Baudelocque

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE

L'INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON

DANS SES

RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE & L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PINARD, *professeur*.

Juges : MM. FOURNIER, *professeur*.

GAUCHER,
VARNIER,

{ *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

197

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 18 mars 1896, à 1 heure

Par LEFÈVRE (GASTON)

Né à Paris, le 17 février 1869

Ancien externe de la Maison d'accouchement Baudelocque

Médaille de bronze de l'Assistance Publique

DE

L'INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON

DANS SES

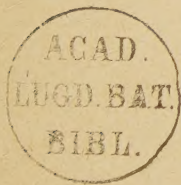
RAPPORTS AVEC LA GROSSESSE & L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. FOURNIER, professeur.

GAUCHER,
VARNIER,

{ *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1896

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	N...
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SÉE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAUCONNIER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN.	GAUCHER.	MENETRIER.	THIÉRY.
ANDRÉ.	GILBERT.	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GILLES DE LA TOURETTE	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	GLEYS.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
BROCA.	HARTMANN.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	RETTÉRE.	WEISS.
CHARRIN.	LEJARS.	RICARD.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LETULLE.	ROGER.	WURTZ.
DELBET.	MARFAN.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE CHÉRIÉ

*Bien faible témoignage de reconnaissance en
comparaison de son amour maternel sans cesse
en éveil.*

A MON PÈRE

A MES SOEURS

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PINARD

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS.

Sur le point de quitter la Faculté de médecine et de passer notre thèse, c'est pour nous un devoir bien doux de prier nos maîtres d'agréer le respectueux hommage de notre profonde gratitude.

Notre premier mouvement est de consacrer un souvenir ému à la mémoire de notre très regretté maître, M. le professeur agrégé Ollivier, médecin de l'hôpital des Enfants malades.

Que M. le professeur agrégé Kirmisson daigne bien recevoir l'expression de nos plus vifs remerciements pour les connaissances que nous avons puisées dans son service et dans ses intéressantes consultations de chirurgie à l'hôpital des Enfants-Assistés.

Nous devons une reconnaissance particulière à M. le professeur Landouzy, dont les idées de pathologie générale nous ont été si profitables dans le courant de nos études et chez lequel nous avons trouvé un bienveillant accueil.

M. le docteur Desprès, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité, dont la sûreté de diagnostic égale sa foi sincère dans la vieille chirurgie, a été trop bon à notre égard pour que nous oublions jamais ses excellentes marques de sympathie.

Nous conserverons le meilleur souvenir de M. le professeur agrégé Brocq et de ses causeries si attachantes et si intimes sur les maladies de la peau dans le petit hôpital de la Rochefoucauld.

C'est pour nous un grand devoir d'unir dans nos sentiments de profonde gratitude MM. les D^{rs} Tillaux et Rendu pour l'enseignement que nous avons recueilli avec tant de profit dans leurs cliniques.

Nous sommes heureux de pouvoir donner un témoignage public de notre respectueux attachement à M. le professeur Pinard. Son service est un vaste champ d'études, où il laisse glaner généreusement les élèves désireux de bien faire. Il leur prodigue, avec un profond amour pour la vérité, un enseignement passé au crible de l'observation et sa sollicitude ne leur fait jamais défaut. Nous ne savons comment le remercier, et pour les marques de sympathie dont il nous a comblé pendant notre année de séjour à Baudelocque, et pour l'intérêt qu'il a bien voulu nous témoigner encore en nous faisant le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Notre reconnaissance est acquise à M. le professeur agrégé Varnier dont l'enseignement nous a été si utile.

Nous ne saurions oublier dans nos remerciements MM. les D^{rs} Wallich et Bouffe de Saint-Blaise pour les renseignements qu'ils ont eu la bienveillance de nous donner pendant notre séjour à la clinique.

INTRODUCTION

Ce travail est basé sur 15.894 observations. Nous l'avons entrepris sous la bienveillante inspiration de M. le professeur Pinard. A cet effet, notre cher maître a bien voulu ouvrir à nos investigations, avec sa générosité habituelle, les archives de son service de Lariboisière et de la clinique Baudelocque.

Cette étude, comme son titre l'indique, est divisée en deux parties. Dans la première, nous envisagerons les rapports de l'insertion vélamenteuse avec la grossesse et nous étudierons dans la seconde les relations de cette anomalie avec l'accouchement.

Mais avant d'entrer dans le cœur même de notre sujet, nous dirons quelques mots, dans un chapitre de considérations préliminaires, sur la définition, l'historique, l'anatomie pathologique et la fréquence de l'insertion vélamenteuse.

Nous terminerons notre travail par la relation de nos observations tirées exclusivement de la pratique de M. Pinard.

Suivent nos conclusions.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556007_0052

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR L'INSERTION VÉLAMENTEUSE

Définition.

Dans l'immense majorité des cas, le cordon s'insère directement sur le placenta ; plus rarement il se dissocie sur les membranes avant de l'atteindre ; cette dernière disposition a reçu le nom d'insertion vélamenteuse.

Historique.

L'histoire de l'insertion vélamenteuse remonte à la fin du XVIII^e siècle, car il est impossible d'affirmer si les cas de Gravel (1), de Hertz (2) et de Cornélius van Solingen (3) sont des exemples de cette anomalie du cordon.

A Henri-Auguste Wrisberg (4) revient l'honneur d'avoir le premier décrit cette anomalie, sous le nom d'insertion vélamenteuse. Il la considère comme une rareté. Il conseilla aux accoucheurs de ne pas trop tirer sur le cordon dans cette insertion vicieuse et entrevit la relation entre

(1) *De superfoetatione conjecturæ*, Argentorati, 1738. In Alberti de Haller Collect. Disputation. anatomic. selectæ, vol. V, pag. 349 d'après Chantreuil.

(2) HERTZ, *De fun. umb.*, Helmst., 1767, § 23, p. 39 (*id.*)

(3) CORN. SOLING., trad. allem. Wittemberg, 1712 (*id.*).

(4) *Commentat. de secundinar. humanar. varietate*, sect. I, obs. II. In Nov. Comment. Societ. reg. scient. Gottingue, t. IV, 1770 (*id.*).

la rupture de la poche des eaux et l'hémorrhagie rapidement mortelle pour le fœtus dans ce cas.

En 1778, Sandifort (1) donnait la relation d'un nouveau cas d'insertion vélamenteuse et montrait très clairement comment « le cordon ne s'insérait en aucune façon sur le placenta, mais se terminait par l'extrémité dite placentaire aux membranes même de l'œuf. Deux artères, une veine composaient ce cordon. »

Dans un article publié dans les archives des accouchements de Schweighäuser, Jean Frédéric Lobstein (2), professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, connaissant parfaitement les cas de Wrisberg et de Sandifort auxquels il fait allusion, cite en 1801 un nouvel exemple de cette anomalie. Après avoir constaté comme ses devanciers la grande rareté de cette insertion, il fait remarquer « comment la manière dont les vaisseaux du cordon se sont divisés dans le cas présent, a une sorte d'analogie avec celle qu'on observe dans la plupart des quadrupèdes, surtout si, comme il arrive quelquefois, le placenta est en même temps divisé en plusieurs lobes, qui ne tiennent ensemble que par le moyen des membranes et des vaisseaux. Dans les animaux qui ont des cotylédons cette disposition est nécessaire, car pour que les vaisseaux qui entrent ou qui sortent de ces cotylédons puissent se réunir en un seul cordon, il faut qu'ils se ramifient auparavant dans les membranes. L'auteur ignore si la rupture de celles-ci dans les quadrupèdes donne quelquefois lieu à des hémorrhagies graves, toujours est-il certain qu'une con-

(1) *Observationes anatomico-pathologicæ*, lib. II. Lugduni Bat., 1778, p. 93 et suiv. (*id.*).

(2) Notice sur une disposition particulière des vaisseaux du cordon ombilical, tome I, *Archives de l'art des Accouchements* publiées par SCHWEIGHAUSER, Strasbourg, 1801, p. 120.

formation pareille dans la femme peut être funeste à l'enfant, surtout si la plupart de ces vaisseaux ont un diamètre égal à celui du tronc qui leur a donné naissance comme on l'observe dans l'exemple qu'il vient de rapporter ». Et il conseille, en cette occurrence, de terminer l'accouchement le plus tôt possible soit par la version soit par une application de forceps.

Dans une thèse soutenue à Heidelberg (1) en 1831, Benckiser réunit un certain nombre de faits connus d'insertion vélamenteuse. Il discute spécialement les rapports de cette implantation anormale du cordon avec l'hémorrhagie et il rapporte un exemple de ce genre. Mais il n'a rien appris de nouveau. Cette hémorrhagie était déjà connue et on l'avait rattachée à sa vraie cause. Pourquoi vient-il réclamer la priorité dans la circonstance ? De plus la dénomination de placenta de Benckiser donnée par certains auteurs pour l'insertion vélamenteuse n'est-elle pas une erreur historique ? Ne serait-il pas plus juste de la remplacer par celle de placenta de Wrisberg ou mieux peut-être de Lobstein, du nom de l'auteur qui en a donné la meilleure et la plus complète description, comme le proposait le Dr Bessière (2) ?

En 1866, Hüter (3) attire l'attention sur les troubles apportés dans le développement de l'enfant par l'implantation vélamenteuse et donne sur l'origine de cette anomalie l'explication suivante. A son avis l'insertion du cordon serait normale lorsque les vaisseaux allantoïdiens viendraient se mettre en rapport avec la séroline ; au contraire

(1) ROBERT BENCKISER, *De hemorrhagia inter partum orta ex rupto venæ umbilicalis ramo*. Thèse Heidelberg, 1831.

(2) BESSIÈRE, *De l'insertion vélamenteuse du cordon*, Th. Paris, 1883-1884.

(3) HUTER, *Monatssch. f. Geburts*, tome XXVIII, p. 330.

elle serait vélamenteuse si les vaisseaux se développaient sur la caduque réfléchie.

Schultze (1) tente aussi d'expliquer la pathogénie du phénomène en 1867. Il regarde l'insertion vélamenteuse comme toujours primitive. Si l'adhérence de la vésicule ombilicale avec le chorion empêche la gaine amniotique de ramener tous les vaisseaux sur le placenta, elle demeure définitive.

En 1875 le Dr Edoardo Porro (2) publie un cas d'insertion vélamenteuse circulaire.

Chantreuil (3) met la question à jour dans sa thèse d'agrégation de 1875. Il avance que l'hémorrhagie seule permet de soupçonner cette disposition des vaisseaux, avant la dilatation du col de l'utérus. Dans ce dernier cas le toucher permettra quelquefois de sentir les cordons pulsatiles formés par les vaisseaux si l'insertion normale du cordon est en rapport avec l'orifice de l'utérus.

Le Dr Pouillet de Lyon (4) accuse, en 1879, l'implantation vélamenteuse d'être une cause de la rupture prématurée des membranes. Selon l'auteur on doit soupçonner une insertion de ce genre lorsqu'une femme perd de l'eau amniotique à cinq ou six mois de grossesse, en dehors de tout commencement de travail.

Le Dr Thévenot (5) revient, en 1881, sur la pathogénie

(1) Insertivo velamentosa (*Jenaischer Zeitschrift für Med. u. Naturv.*, 1867, p. 198).

(2) EDOARDO PORRO, *Annali universali di Medicina*, vol. CCXXI, anno 1875, *Annales de gynécologie*. Trad. de J. Fioupe, pag. 465, année 1875.

(3) CHANTREUIL, *Des dispositions du cordon (la procidence exceptée) qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouch.* Thèse 1875.

(4) J. POULLET, *Annales de gynécologie*, 1879.

(5) THEVENOT, Double insertion vélamenteuse du cordon dans un cas de grossesse gémellaire. Causes de l'insertion vélamenteuse. *Annales de gynécologie*, 1881.

du phénomène au sujet d'une grossesse gémellaire présentant deux insertions vélamenteuses du cordon. Selon lui l'insertion sérotonienne primitive est la règle ; mais l'adhérence de la vésicule ombilicale avec le chorion peut être l'occasion d'une insertion vélamenteuse. De plus l'orientation de l'embryon, la présence de plusieurs embryons, en apportant une gêne, un obstacle au trajet de l'allantoïde jusqu'à la sérotine amèneraient des adhérences anormales. « On peut invoquer aussi l'existence d'une zone très vasculaire autre que la zone sérotonienne, devenant temporairement un centre d'attraction pour les vaisseaux ombilicaux ».

Enfin dans sa thèse inaugurale de 1884, le Dr Hugues (1) appelle l'attention sur l'état de souffrance du fœtus dans la grossesse gémellaire.

Anatomie pathologique.

Nous envisagerons successivement les annexes dans les cas de grossesses simples et de grossesses multiples.

Et d'abord examinons comment se comportent le cordon, les vaisseaux, les membranes et le placenta, s'il y a un seul enfant.

Le cordon ne présente rien de spécial à signaler dans sa forme et sa grosseur. Sa longueur a varié dans nos observations de 26 à 90 centimètres. Ses circulaires ont été rencontrés une fois sur cinq par John Beale (2). Hugues arrive à la proportion de un sur huit. Nous obtenons le même chiffre que ce dernier auteur. Nous en avons compté

(1) HUGUES, *De l'implantation vélamenteuse du cordon ombilical*, Thèse de Montpellier, 1884.

(2) JOHN BEALE, *the Lancet*, 1857, page 551.

17 sur 133 cas. Par une étrange anomalie on a trouvé le cordon inséré sur la poitrine, le cou et le crâne.

Les vaisseaux ombilicaux divergent quelquefois avant l'insertion du cordon ; le plus souvent ils restent réunis jusqu'à leur point de rencontre avec le chorion.

Dans leur trajet sur les membranes ils se comportent de diverses manières.

Dans un cas publié par le Dr Edoardo Porro (1) ils allaient se terminer sur deux points opposés de la circonférence placentaire en présentant une forme circulaire.

Parfois dans une insertion en raquette on voit se détacher du faisceau vasculaire un vaisseau qui court sur les membranes parallèlement au bord placentaire à quelque distance dans une certaine étendue.

Plus souvent les vaisseaux divergent comme les nervures d'une feuille palmée pour gagner le bord du placenta après avoir couru un certain temps sur les membranes.

La distance comprise entre le bord du placenta et le point d'intercession des vaisseaux avec les membranes est très variable. Comme le prouvent nos observations, elle peut être de 2, 5, 10 centimètres. L'insertion du cordon sur les enveloppes de l'œuf se rencontre, dans des cas infiniment plus rares, au point diamétralement opposé du placenta. Nous relatons un exemple de ce genre. Wrisberg et Langerhans en avaient rapporté de semblables. Ces notions ont de l'importance car elles servent à expliquer les accidents dus à l'insertion vélamenteuse.

La disposition des vaisseaux sur les membranes est assez constante. Les artères ombilicales se ramifient en un grand nombre de branches s'anastomosant les unes avec

(1) *Op. cit.*

les autres pour cheminer entre les bifurcations de la veine ombilicale qui ont plus de tendance à se dévier de leur course.

La veine ombilicale présente avant de se ramifier une sorte de sinus et ses divisions peuvent mesurer le volume d'une plume de corbeau.

D'après Halliday Croom (1) les vaisseaux vont se fixer sur le placenta de plusieurs manières après leur parcours sur les membranes. Ou bien ils pénètrent le placenta par son bord, ou bien ils tapissent le placenta pendant un certain temps avant de l'aborder sur sa face, ou bien enfin ils s'insèrent à la fois sur le bord et la face du placenta.

Le placenta ne présente habituellement rien de remarquable. M. Hermitte () a signalé cependant une disposition intéressante de cet organe. Dans ce cas on trouvait un placenta divisé en deux lobes réunis l'un à l'autre par des membranes et sans aucune communication vasculaire. Les vaisseaux du cordon se rendaient isolément aux deux placentas en rampant entre les membranes.

A propos des membranes, nous noterons que 52 fois elles mesuraient d'un côté moins de 10 centimètres sur nos 133 observations.

De plus, on voit quelquefois une bride celluleuse qu'on dirait être une dépendance de l'amnios réunir le point où le cordon aborde les membranes au bord placentaire.

Dans les cas où une rupture des vaisseaux est venue frapper de mort le fœtus, l'arrière-faix est pâle et exsangue.

Dans les grossesses gémellaires les insertions du cordon

(1) J. H. CROOM. Funic hemorrhage during labour. Feb. 1882. *Edinburgh Medical Journal*.

(2) *Dauphiné médical*, avril 1891.

peuvent être l'une et l'autre vélamenteuses, mais le plus souvent un cordon va s'insérer sur le placenta soit à la périphérie, soit au centre.

M. Depaul (1) a présenté à l'Académie de médecine en 1875 au nom du Dr Moussous de Bordeaux le placenta d'une grossesse triple et les cordons s'inséraient dans cette circonstance sur le gâteau placentaire, sur son bord et sur les membranes ; des communications vasculaires unissaient l'un de ces cordons aux deux autres.

Fréquence.

Voici un aperçu de la fréquence de l'insertion vélamenteuse.

Sur 502 accouchements Sickel (2) l'a observée seulement 3 fois, c'est-à-dire à peu près une fois sur 160 cas.

Cornélius Van Solingen (3) d'après Hüter en a relevé 8 cas sur 1.000 observations soit 1 sur 125 cas.

Chiari, Braun et Spæth (4) sont arrivés à la proportion de 4 sur 1000 à la Maternité de Vienne ce qui fait 1 sur 250 cas.

Valenta au dire d'Halliday Croom a vu 21 insertions vélamenteuses sur 2471 observations d'où la proportion de 1 sur 118 cas.

Halliday Croom (5) lui-même donne comme moyenne 4 sur 1000 ou 1 sur 250.

(1) *Séance de l'Académie de médecine*, du 29 juin 1875.

(2) Cité par CHANTREUIL.

(3) Diss. *Ueber die Einpflanzung der Nabelschnur in der Eihäuten*. Marburg, 1859. Selon HUTER, *loc. cit.*

(4) *Klinik der Geburtshülfe und Gynækologie*. Erlangen, 1852, s. 72. D'après HUTER, *id.*

(5) *Loc. cit.*

Sur 7158 observations, recueillies à la Maternité de Marseille de 1840 à 1882, Hugues (1) a noté 48 cas ce qui fait 1 sur 149.

A notre tour nous avons recherché les insertions vélamenteuses signalées dans 15.894 observations prises dans le service de M. Pinard à l'hôpital de Lariboisière et à la clinique Baudelocque et nous en avons compté 133. Nous arrivons ainsi à une proportion moindre de 1 pour 100.

L'insertion vélamenteuse s'est rencontrée 111 fois dans les grossesses simples et 22 fois dans les grossesses gémellaires.

Du reste d'après Thévenot, Hyrtl (2) a trouvé l'insertion vélamenteuse relativement fréquente dans les grossesses multiples.

(1) *Loc. cit.*

(2) *Les vaisseaux du placenta humain à l'état normal et pathologique*
Vienne 1870.

RAPPORTS DE L'INSERTION VÉLAMENTEUSE AVEC LA GROSSESSE.

Rupture prématurée des membranes.

On sait la proportion de la rupture prématurée des membranes dans l'insertion* du placenta sur le segment inférieur. M. le professeur Pinard (1) a montré comme elle était fréquente dans ce cas, puisque sur 147 exemples de rupture prématurée des membranes, 105 fois les membranes mesuraient d'un côté moins de 10 centimètres, et combien en pareille circonstance, il fallait attacher une minime importance aux différentes causes invoquées par les auteurs pour expliquer cet accident. Néanmoins cette cause ne suffit pas pour interpréter tous les faits de cette nature et l'on met ces cas exceptionnels demeurés sans explication sur le compte de l'hydramnios, de la grossesse gémellaire, des rétrécissements du bassin, des mauvaises présentations. Mais un certain nombre de ces ruptures ne serait-il pas imputable à l'insertion vélamenteuse? En 1879 le D^r Pouillet de Lyon répondait par l'affirmative. A cette date il publiait sur ce sujet deux observations dans les *Annales de gynécologie* et il concluait en disant que l'on doit soupçonner une insertion vélamenteuse toutes les fois qu'une femme en dehors de tout travail perdait l'eau amniotique au 5^e ou au 6^e mois de sa grossesse. Du reste voici les faits :

(1) PINARD, De la rupture prématurée dite spontanée des membranes. *Annales de gynécologie*, 1886.

OBSERVATION 1 (POULLET).

Madame G..., âgée de 22 ans, à sa troisième grossesse, me fit appeler après avoir perdu un verre d'eau ; la conception ne remonte qu'à cinq mois, l'odeur du liquide ne permet pas de le confondre avec un liquide venant de la vessie ; il n'y a aucune douleur et aucune dilatation. Cette perte de liquide se reproduit chaque jour une ou deux fois, soit le jour, soit la nuit, indépendamment de tout mouvement de la malade ; je recommande le repos rigoureux au lit et je conseille de temps en temps un lavement de laudanum et de chloral pour s'opposer au début des contractions utérines. La malade, intelligente et docile, se prête rigoureusement à ce traitement, qui ne dure pas moins de neuf semaines ; pendant tout ce temps, il ne s'est presque pas passé de jour où il n'y ait eu plusieurs serviettes complètement mouillées d'un flot de liquide amniotique qui me paraît coïncider avec de grands mouvements de l'enfant.

Enfin, lorsque les sept mois de grossesse furent passés, la malade se leva, sans cependant sortir de chez elle, et après deux ou trois jours les douleurs se déclarèrent et j'assistai à un accouchement absolument normal et assez rapide, en raison du faible volume de l'enfant ; la poche des eaux se forma, quoique peu considérable, et avant sa rupture, que je me gardai bien de produire, j'essayai de marquer la partie de l'œuf qui se présentait, espérant après la délivrance pouvoir reconstituer l'œuf et voir à quel niveau siégeait la déchirure primitive. Je supposais alors que cette perforation était assez élevée et que le liquide s'écoulait lorsqu'une nouvelle sécrétion avait élevé son niveau à une hauteur suffisante.

Pour arriver à avoir le point de repère désigné, je colorai mon doigt avec un peu de fuschine et je le portai sur l'œuf lorsque l'orifice fut bien dilaté, de façon à tracer sur les membranes un arc de cercle parallèle au rebord antérieur du col. Cette marque ne me servit absolument à rien, car la délivrance, très difficile, fut précédée de l'arrachement du cordon et de déchirures multiples des membranes. Lorsque je procédai à la délivrance, et dès les premières tractions sur le cordon, je sentis une déchirure se produire ; malgré toutes les précautions possibles, il se rompit bientôt complètement et je dus faire une délivrance artificielle ; je décollai le placenta avec le bord cubital de la main, et j'eus bientôt toute la masse placentaire, qui ne me permit aucun examen de l'œuf.

Mais en examinant l'extrémité déchirée du cordon, je fus frappé de voir les trois vaisseaux, de longueur très inégale, ramper séparément dans un fragment de membranes que je pus étaler comme un éventail assez étendu, et je reconnus, sans erreur possible, avoir affaire à une insertion vélamenteuse du cordon, ce qui m'explique cette déchirure facile des éléments séparés d'un cordon à sept mois de grossesse. Je

résolus alors de procéder autrement si jamais un cas semblable se présentait à mon observation.

La mère se remit simplement ; elle est assez heureuse pour avoir conservé cette petite fille, qui a incontestablement échappé à un des plus grands dangers qui puissent être encourus pendant la vie fœtale.

OBSERVATION 2 (POULLET).

Mme X, âgée de 26 ans, est au commencement du sixième mois de sa troisième grossesse ; à la promenade, sans aucun malaise antérieur, sans effort anormal, elle est brusquement inondée par une grande quantité d'eau, elle éprouve un frisson prolongé, et son mari l'aide à rentrer et m'appelle en toute hâte, en l'absence du médecin habituel. Je fais prendre des lavements opiacés contenant aussi du chloral et je conseille le décubitus horizontal rigoureux, qui m'avait si bien réussi chez ma première malade, deux ans auparavant. Cependant, malgré ma recommandation, malgré l'insistance du confrère qui donnait des soins habituels, cette malade ne peut se résigner à garder le lit ; sans toutefois sortir de chez elle, elle marche presque constamment sans éprouver d'autre signe anormal que l'écoulement très souvent réitéré d'une grande quantité d'eau, sans jamais voir du sang et sans éprouver aucune douleur.

Lorsque, dix semaines environ après la rupture de l'œuf, après quelques douleurs très légères et quelques efforts de défécation, je fus appelé en toute hâte pour constater une procidence du cordon. La dilatation de l'orifice était égale à une pièce de un franc ; les contractions étaient très faibles, les pulsations dans le cordon dénotaient un enfant vivant ; toute tentative de réduction reste infructueuse, et à mon grand regret je ne puis qu'assister, impuissant, à la mort de ce petit être. Les battements s'affaiblissent insensiblement et cessent environ deux heures après l'issue du cordon ; toutefois l'accouchement semble ne pas vouloir encore se produire, et ce n'est que dix heures plus tard que, les douleurs une fois établies, l'expulsion peut s'effectuer normalement.

Je suis alors en face d'un de ces cas de délivrance où je pense trouver un placenta à insertion vélamenteuse ; aussi ma conduite est absolument différente de celle tenue dans l'observation précédente, je ne fais aucune traction sur le cordon, j'attends près d'une demi-heure en faisant à diverses reprises l'expression de Crédé ; j'obtiens ainsi le placenta, qui a été présenté à la Société de médecine de Lyon et qui offre un bel exemple d'implantation vélamenteuse.

Remarquons que cette anomalie était, non absolument diagnostiquée d'avance, du moins très fortement soupçonnée, et cela en dehors de toute hémorrhagie, signe indiqué par les auteurs comme constituant à lui seul toute la séméiotique de cette maladie.

La malade se remit simplement en peu de jours.

Le Dr Bessière de Paris (1), dans sa thèse inaugurale, ne trouve pas ces observations concluantes et il voit dans ces cas invoqués par M. Pouillet de simples exemples d'hydrorrhée type décrite par Nœgelé en 1820.

Dans une thèse de Montpellier, Hugues se range de l'avis du docteur de Lyon et il rapporte à l'appui de son opinion les deux observations suivantes :

OBSERVATION 3 (HUGUES).

R... (Jéroline), âgée de 36 ans, tempérament très fort, est enceinte pour la seconde fois. Elle dit avoir éprouvé des maux de cœur, de fréquentes vomiturations pendant les trois premiers mois de sa grossesse et avoir eu une perte peu abondante pendant tout le temps. Le 26 septembre, à 8 heures du matin, elle se trouva inondée par une assez grande quantité d'eau ; elle se mit au lit, y resta au repos pendant quelques jours ; mais elle perdait souvent de l'eau, et cela à des intervalles plus ou moins réguliers.

Le 3 octobre, à 6 heures du matin, les douleurs apparurent ; par le toucher vaginal, on sentait que l'orifice utérin avait déjà 3 centim. de dilatation, qu'il y avait une procidence du cordon et que ce dernier ne donnait plus que quelques pulsations. De plus, on reconnut une position transversale du tronc, mais on ne put diagnostiquer encore la position. Les douleurs étant très faibles, la femme resta au repos jusqu'à 7 heures du soir, heure à laquelle on l'amena à la Maternité.

A son arrivée (3 octobre), la dilatation était à peu près complète, et il y avait une main en procidence. On diagnostiqua une présentation de l'épaule gauche en première position. Une anse du cordon était à l'extérieur et les douleurs étaient faibles. On procéda à la version et la femme mit au monde une fille morte, pesant 2,230 grammes.

Un quart d'heure après, le col étant revenu sur lui-même, on fit la dilatation forcée pour pouvoir extraire le placenta ; on éprouva beaucoup de difficulté à cause de l'état spasmodique du col et des adhérences très fortes qui existaient entre la surface externe du placenta et la surface interne de l'utérus et on ne put extraire que quelques fragments placentaires. On laissa alors reposer la femme jusqu'à 10 heures du soir, heure à laquelle on introduisit la main dans l'utérus pour extraire ce qui restait du placenta. En examinant alors les membranes, on s'aperçut que l'insertion du cordon se faisait sur elle et non directement sur le placenta et que le cordon avait une longueur de 66 cent.

(1) BESSIÈRE, thèse de Paris, 1883-1884.

OBSERVATION 4 (HUGUES).

Fort (Françoise), âgée de 23 ans, domestique, est enceinte pour la première fois. Elle a eu ses dernières règles dans le courant de juillet 1876 ; elle est par conséquent dans le neuvième mois de sa grossesse à son entrée à la Maternité, le 23 avril 1877. Elle avait perdu ses eaux le 20 avril à minuit ; elle s'était mise au lit de suite, et le lendemain à 8 heures du matin elle commence à sentir quelques petites douleurs ; ces douleurs n'avaient pas duré longtemps ; elles étaient limitées à la région lombaire et n'étaient pas très fortes. Elle entra à la Maternité le 23 avril.

A son arrivée, l'orifice utérin était à peine entr'ouvert ; mais à l'aide du palper abdominal et du toucher, on reconnut que l'on avait affaire à une présentation du vertex. Le lendemain, la dilatation était de 2 centimètres, on diagnostiquait une première position. Cependant les douleurs, qui avaient été relativement assez faibles jusqu'alors, apparurent avec plus d'intensité ; la femme souffrit toute la nuit. Le lendemain à 9 heures du matin, la dilatation était à peu près complète et à midi, la femme mettait au monde un bel enfant, du poids de 3400 gr. qui s'était engagé en première position du vertex.

La délivrance s'effectua sans difficulté aucune un quart d'heure après la parturition ; mais, en examinant les membranes, on s'aperçut que le cordon, qui avait 58 centimètres, ne venait pas aboutir directement au placenta ; en d'autres termes, on avait affaire à une implantation vélamenteuse.

L'enfant mourut, deux jours après, de bronchite.

La lecture de ces dernières observations pourrait encore laisser perplexe et nous ne savons pas vraiment en toute conscience si on ne serait pas tenté de contester encore l'influence de l'insertion vélamenteuse dans ces cas. Nous ignorons si le placenta inséré sur le segment inférieur n'était pas en cause en pareille circonstance. Du moins le fait ne paraît pas douteux pour la première observation. La perte continue de la femme pendant sa grossesse, la présentation de l'épaule et la rupture prématurée éveillent immédiatement à notre esprit l'idée d'un placenta en relation avec la zone dangereuse de Barnes.

Faut-il néanmoins renoncer à ce rapport de cause à effet

entre l'insertion vélamenteuse et la rupture prématurée des membranes ?

Après avoir étudié avec soin nos observations, nous avons trouvé six cas de rupture prématurée, où il est impossible de rattacher cet accident à ses causes ordinaires.

Dans la circonstance le phénomène ne serait-il pas dû à l'insertion vicieuse du cordon sur les membranes de l'œuf ?

Mais donnons la relation intégrale de ces observations et de cette manière on jugera plus à l'aise :

OBSERVATION 5 (513-1890).

La femme G..., domestique, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 26 juin 1890 à 4 heures du matin. Bonne constitution et bassin normal. Un accouchement antérieur, à terme, d'un garçon petit. Réglée pour la première fois à 14 ans et depuis toujours bien. Date des dernières règles au commencement d'octobre. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. A part une toux, qui remonte au début de cette grossesse, la parturiente n'a pas présenté d'accident. Sommet en gauche antérieure. Apparition des premières douleurs le 23 juin à 10 heures du soir. Dilatation complète à son entrée dans la salle. Rupture des membranes spontanée et prématurée le lundi 23 juin 1890. Expulsion du fœtus à 4 h. 10 du matin le 26 juin. Dégagement en occipito-pubienne. Durée totale du travail 6 h. 10.

Garçon pesant 2600 grammes.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10.8. — Occipito-mentonnier, 12.2. — Bi-pariétal, 8.7. — Bi-temporal, 7.8. — Sous-occipito-bregmatique, 9.1.

Délivrance naturelle à 4 h. 45 du matin le 26 juin. Le placenta se présente par sa face fœtale. Sans altérations. Poids 570 grammes. Les membranes sont complètes et mesurent 25/13. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 57 centimètres et dont le volume est normal. Liquide amniotique ?

Mère et enfant sortent en bonne santé de la clinique. L'enfant pèse 2600 grammes.

OBSERVATION 6 (521-1890).

La femme M..., domestique, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 27 juin 1890 à 4 heures du soir. Elle n'a jamais été malade. Elle ne présente rien à noter sauf une cicatrice irrégulièrement arrondie de couleur brune siégeant à la partie médiane de la face ex-

terne de la jambe droite et une seconde plus petite à la même jambe sur la face interne. Son bassin est normal. Elle a un garçon de 4 ans 1/2 bien portant. Son premier accouchement s'est bien passé. Réglée à 16 ans et toujours bien ensuite. Ses dernières règles sont du 15 octobre. Hauteur de l'utérus 30 centimètres. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Elle a un œdème léger et quelques varices aux jambes. Sommet très engagé en gauche antérieure. La femme perd les eaux à midi le 27 juin. Le travail se déclare. La dilatation commence à 5 heures du soir et elle est complète à 7 h. 10. Expulsion du fœtus à 7 h. 20, après un travail de 7 h. 20.

Fille pesant 3240 grammes et mesurant 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.1. — Occipito-mentonnier, 13.4. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Le placenta se présente par son bord. Il s'engage à 7 h. 50. Expulsion spontanée à 7 h. 55. Forme circulaire. Poids 470 grammes. Pas d'altérations. Insertion vélamenteuse du cordon qui mesure 63 centimètres. Les membranes, complètes, mesurent 30/16. Liquide amniotique ?

Mère et enfant sortent bien portants le 6 juillet 1890.

OBSERVATION 7 (1116-1892).

La femme F...., sans profession, 21 ans, entre le 2 août à 11 h. 1/2 du matin à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle a eu la rougeole dans son enfance. Elle est d'une bonne constitution. Son bassin est normal. Primipare. Réglée à 14 ans et depuis régulièrement. Ses dernières règles sont du 16 au 24 novembre 1891. Elle a perçu les mouvements actifs au mois de mai. Enceinte de 8 mois. Pas d'accidents ni de complications pendant sa grossesse. L'examen des urines ne révèle pas d'albumine. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Le début du travail se fait le 2 août 1892 à 9 heures du matin. Les membranes se sont rompues spontanément avant le début du travail. La dilatation est complète à 1 h. 45 du soir le 2 août. Expulsion du fœtus à 3 heures du soir le même jour, après 6 heures de travail.

Garçon de 2.600 grammes et de 46 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Élivrance naturelle à 3 h. 45 du soir le 2 août. Le placenta se présente par sa face fœtale. Circulaire. Il pèse 470 grammes. Pas de lésions. Insertion vélamenteuse du cordon. Il mesure 54 centimètres. Deux circulaires serrés passés autour de la tête. Membranes complètes 22/15. Liquide amniotique normal.

L'enfant pesait 2.680 grammes au départ de la mère le 12 août 1892.

OBSERVATION 8 (1255-1892).

La femme L..., couturière, âgée de 28 ans, entre au dortoir de la clinique Baudelocque le 28 août 1892 et à la salle de travail le 30 août à 4 h. 15 du matin. Bonne constitution et bassin normal. Trois accouchements antérieurs, à terme, spontanés, par le sommet, d'enfants vivants encore actuellement. Réglée à 13 ans et chaque mois régulièrement. La femme nourrissait et ne voyait pas ; on ne peut donc remonter à ses règles pour fixer l'époque de sa grossesse. Elle a une hauteur de l'utérus de 34 centimètres. Elle est probablement dans le 9^e mois de cette grossesse. Sommet en gauche antérieure. Apparition des premières douleurs le 30 août vers minuit. Le femme avait perdu les eaux à son entrée à la clinique, le 28 août à 10 heures du soir. La dilatation est complète à son entrée dans la salle à 4 h. 15 du matin 30 août. Accouchement spontané un quart d'heure après. Dégagement en occipito-pubienne. Durée totale du travail 4 h. 1/2.

Garçon vivant, de 2600 grammes. Il a crié aussitôt après sa naissance. Quelques instants après, il devient cyanosé et pousse des plaintes continuelles. Il est mis dans une couveuse mais il meurt le même jour.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,7. — Occipito-mentonnier, 12,8. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Délivrance naturelle à 5 h. 20 le 30 août. Le placenta se présente par sa face fœtale. Il est ovalaire. Poids, 540. Hémorragie sous-chorale couvrant une partie de la face fœtale. Membranes complètes. Mesurent 27/13. Liquide amniotique normal. L'insertion du cordon est véla-menteuse au premier degré. Il mesure 62 centimètres.

Mère bien portante à sa sortie de la clinique.

OBSERVATION 9 (1944-1894).

La nommée B..., femme de chambre, âgée de 36 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 6 heures du matin le 27 novembre 1894. Elle n'avait jamais rien eu jusqu'à sa dernière grossesse, après laquelle elle a eu une affection dont elle ne se rend pas bien compte et pour laquelle elle a subi cinq ou six cautérisations et a porté un pessaire. En 1878 elle est accouchée à terme, spontanément, par le sommet, d'un garçon qu'elle a nourri au sein et qui est bien portant. En 1879 elle a mis au monde spontanément, à terme, par le sommet, un nouveau garçon qu'elle a élevé au sein et qui est mort à 5 ans du croup. En 1880, elle a une grossesse gémellaire, au terme de laquelle elle expulse un garçon et une fille, spontanément et par le sommet. Elle nourrit ces deux enfants au biberon, mais le garçon meurt à 16 mois de ? et la fille succombe à 3 ans 1/2 du croup. Réglée à 12 ans. Depuis

régulièrement pendant 4 ou 5 jours. Dernières règles du 20 au 25 février. Apparition des mouvements actifs au mois d'août. Hauteur de l'utérus 31 centimètres. La grossesse remonte à 8 mois 1/2. Pas d'accidents ni de complications. Pas d'albumine. Sommet en gauche antérieure. Début du travail, 27 novembre à 6 heures du matin. Rupture des membranes prématurément le 24 novembre à 3 heures du matin. Dilatation complète à 9 h. 20 du matin le 27 novembre. Expulsion du fœtus à 9 h. 35 du matin le même jour. Durée totale du travail, 3 h. 35.

Garçon de 2650 grammes et de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 3. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8.1. — Sous-occipito-bregmatique, 9.8.

Délivrance par expression française à 10 h. 45 le 27 novembre. Le placenta se présente par son bord. Forme irrégulière. Poids, 430. Sans lésion. Insertion vélamenteuse du cordon. Longueur, 45. Membranes complètes, 20/12. Liquide amniotique normal.

Sortie de la mère et de l'enfant, le 6 décembre 1894.

OBSERVATION 10 (487-1895).

La femme A..., sans profession, âgée de 31 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 26 mars à minuit 30, en 1895. Chlorose persistante de 16 à 20 ans. Bassin normal. Deux accouchements antérieurs spontanés, à terme, par le sommet, à la clinique, d'un garçon et d'une fille actuellement bien portants. Réglée à 13 ans. Dernières règles du 1^{er} au 4 juin. Hauteur de l'utérus, 32 centimètres. Époque présumée de la grossesse, 9^e mois. La grossesse s'est passée sans accident. Pas d'albumine dans les urines. Sommet en gauche antérieure. Début du travail le 25 mars à 8 heures du soir. Les membranes se sont rompues spontanément et prématurément le 25 mars à 7 heures du matin. Dilatation complète à 4 heures du matin le 26 mars. Accouchement spontané cinq minutes après. Durée totale du travail, 8 h. 5. Garçon pesant 3260 et mesurant 50 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13.2. — Bi-pariétal, 9.6. — Bi-temporal, 8.3. — Sous-occipito-bregmatique, 9.2.

Délivrance naturelle à 4 h. 50 du matin. Le placenta se présente par sa face fœtale. Forme irrégulière. Poids, 430 grammes. L'insertion du cordon est vélamenteuse. Il mesure 62 centimètres. Membranes complètes : 37/19. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant en bonne santé à leur sortie. L'enfant pèse 3430 grammes.

Comme le montrent ces observations la rupture s'est faite dans le dernier mois de la grossesse.

Mais pourrait-on penser en semblable occurrence à une implantation vélamenteuse ?

Peut-être serait-on autorisé à la soupçonner dans le cas de grossesse simple, avec une présentation du sommet et une quantité de liquide amniotique normale, en l'absence de ces pertes de sang survenant sans cause appréciable, à différentes reprises, aussi bien au début mais surtout à la fin de la gestation.

M. Pouillet avait essayé d'expliquer comment se rompaient les membranes. Selon l'auteur, l'enfant, en remuant dans la cavité utérine, tirerait sur le cordon inséré sur les enveloppes de l'œuf et il les éloignerait de cette manière en un point de l'utérus. « Il se produirait alors un peu d'épanchement de sérosité et les membranes, au lieu d'être adossées à un support résistant, seraient flottantes entre deux liquides ; si les tractions opérées sur les membranes augmentaient de fréquence ou d'intensité le point tiraillé pourrait se déchirer ; on comprend même que sans nouvelle traction un coup de pied de l'enfant dans la partie flottante des membranes puisse parfaitement opérer la déchirure ». Le fœtus attirera ce point de l'œuf « si l'implantation est vélamenteuse, si une spirale s'entoure autour du cou de l'enfant et qu'un membre vienne frapper sur le cordon tendu. La brièveté du cordon peut elle-même faciliter ces tiraillements. Ce sont donc, dans ces cas, les mouvements actifs de l'enfant qui déchirent l'œuf. Cette explication permet de comprendre pourquoi cet accident ne vient pas avant cinq mois de grossesse, les mouvements du fœtus n'ayant pas avant ce terme une énergie suffisante ». De plus pour expliquer ces expulsions répétées de liquide amniotique, il faut considérer que « dans les cas de déchirure de l'œuf une certaine quantité de li-

guide s'écoule, puis les parties flottantes de l'œuf viennent de nouveau s'adosser à l'utérus et faisant soupape empêchent l'issue du liquide, jusqu'à ce qu'un nouveau tiraillement du cordon écarte cette soupape et produise une autre issue de liquide ».

Voici le mécanisme invoqué par le D^r de Lyon pour interpréter la rupture prématurée des membranes dans l'insertion vélamenteuse.

Ainsi les membranes doivent céder sous les tractions directes du cordon dans les mouvements du fœtus. Qu'un membre vienne frapper sur le cordon tendu et le résultat sera le même. Mais il doit exister à cet effet une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon.

On expliquerait de la sorte le cas où nous avons trouvé deux circulaires. En effet, M. Porack, dans une communication faite à la Société obstétricale et gynécologique de Paris, accusait en 1889 la brièveté réelle ou accidentelle du cordon d'être une cause de rupture prématurée des membranes et expliquait le fait par des tractions exercées sur des enveloppes propres de l'œuf. Mais on ne pourrait pas comprendre de la même façon le reste de nos observations dans lesquelles la longueur du cordon est normale et où n'est signalée aucune spirale autour du cou de l'enfant.

Le coup de pied de l'enfant dans les parties flottantes de l'œuf ne rendrait-il pas compte de nos autres faits de déchirure ? Admettons la chose possible. Encore le décollement des membranes est-il nécessaire. Mais ce décollement est sous la dépendance des tractions. Or ces tractions ne peuvent se produire sans une brièveté du cordon. Et cette condition n'existe pas. Ce mécanisme ne saurait donc être invoqué pour expliquer ces dernières ruptures.

En résumé l'hypothèse de M. Poulet est insuffisante pour éclaircir tous les cas de déchirure avant le travail. D'ailleurs il n'avait pas fait mention dans ses observations de cette brièveté du cordon.

Accouchement prématuré.

Le docteur Vallais, dans sa thèse inaugurale de 1893, donnait les conclusions suivantes :

« Les causes de l'accouchement prématuré doivent être séparées en deux classes suivant :

- a) Que la mort du fœtus a précédé le début du travail ;
- b) Que le fœtus est expulsé vivant ou succombe au cours du travail.

A. — Le fœtus est mort avant le début du travail.

La cause de beaucoup la plus fréquente est la syphilis ; puis vient l'albuminurie, enfin les malformations fœtales, le décollement prématuré du placenta causé par l'albuminurie ou par une brièveté naturelle ou accidentelle du cordon.

B. — Le fœtus est expulsé vivant ou succombe au cours du travail.

Sans écarter l'influence de certains traumatismes, il faut admettre que le plus habituellement c'est l'insertion du placenta sur le segment inférieur s'accompagnant d'hémorrhagie ou de rupture prématurée des membranes, qui détermine l'accouchement prématuré.

Parmi les autres causes il faut signaler :

1° Celles qui amènent une surdistension de l'utérus gravide (hydramnios, grossesse gémellaire).

2° Celles qui ne permettent pas un développement complet de l'œuf (malformation utérine).

3° Les maladies organiques du cœur et du poumon.

4° L'auto-intoxication gravidique.

5° Enfin les maladies aiguës fébriles. »

Ces causes suffisent pour expliquer les deux tiers des accouchements prématurés.

Vallais se demandait avec le Dr Lepage si un certain nombre de femmes n'auraient pas mené à bonne fin leur grossesse dans le cas où elles auraient pris quelques jours de repos dans les derniers temps de leur gestation.

M. Pinard appuie sur ce fait dans ses leçons de chaque matin à la salle de travail de la Clinique et il ne se passe pas de jour où il ne montre l'influence du surmenage sur l'accouchement prématuré. C'est le coup de vent, dit-il, qui fait tomber le fruit vert.

De plus, il lui est arrivé d'attirer l'attention sur des cas infiniment plus rares à la vérité mais non moins instructifs. Certaines fois où l'accouchement prématuré ne semblait pas pouvoir trouver d'explication suffisante il nous faisait voir sur les membranes des traces nettes d'endométrite hémorrhagique.

Nous avons pris en considération ces causes en feuilletant nos observations d'insertion vélamenteuse et nous avons pu mettre sur leur compte la plupart des accouchements prématurés rencontrés en cette circonstance. Seulement les quatre cas suivants paraissent rester sans explication et nous nous demandons si nous ne pourrions pas les imputer à la dispersion des vaisseaux sur les membranes :

OBSERVATION 11 (3 décembre 1883).

La femme D..., fleuriste, âgée de 22 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital Lariboisière, le 3 décembre 1883. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Elle a ses règles tous les 25 jours pendant 2 ou 4 jours. Les règles sont arrivées en dernier le 22 mars. Elle est

enceinte de 8 mois, Pas d'accidents ni de complications dans sa grossesse. Les premières douleurs se font sentir à 10 heures du soir le 2 décembre. Rupture des membranes spontanément à la dilatation complète. L'enfant vient spontanément à 8 h. 1/2 du matin le 3 décembre par le sommet. Le travail a duré 10 h. 1/2.

Fille de 2200 grammes.

Délivrance naturelle. Le placenta se présente par sa face utérine. Le cordon offre une insertion vélamenteuse. Les membranes mesurent 17/36. Le liquide amniotique est normal.

Sortie de la mère et de l'enfant le 11 décembre. Ils sont en bonne santé.

OBSERVATION 12 (577-1892).

La femme B., cuisinière, âgée de 39 ans, entre au dortoir de la clinique Baudelocque en 1892, le 2 avril, et à la salle de travail le 25 avril à 9 heures du soir. Bonne constitution et bassin normal. On ne note pas de malformation utérine. La parturiente a eu la rougeole à 8 ans. Primipare. Réglée à 16 ans et depuis irrégulièrement. Date des dernières règles du 8 au 11 août. Enceinte de 8 mois. Pas d'accidents ni de complications. On ne relève pas d'albumine dans les urines. Le fœtus se présente par le sommet en droite postérieure. Le travail commence à 9 heures du soir le 25 avril 1892. La parturiente présentait un vagin double en canon de fusil et la cloison remontant jusqu'à l'orifice interne le divisait en deux orifices inégaux, qui ont fait penser au début à l'existence d'un double col. Le gauche était plus petit que le droit. La période de dilatation a été normale et s'est faite surtout du côté droit où la poche des eaux tombait beaucoup plus que de l'autre. Elle s'est rompue spontanément à la dilatation complète à 4 h. 30 du matin le 26 avril. A dater de ce moment, la tête s'appuyant beaucoup a refoulé devant elle la cloison vaginale qui, s'amincissant de plus en plus, s'est rompue au moment de l'expulsion de la tête le 26 avril à 8 heures du matin. On en retrouve du reste les vestiges à la partie postérieure et inférieure du vagin. Durée du travail 11 heures.

Garçon pesant 2400 gr. et mesurant 46 centimètres.

Principaux diamètres: occipito-frontal, 11.7. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 8.5. — Bi-temporal, 7.5. — Sous-occipito bregmatique, 8.7.

Délivrance naturelle à 8 h. 30 du matin. Le placenta se présente par la face fœtale. Forme ovalaire, Poids 310 grammes. Insertion vélamenteuse du cordon au premier degré. Longueur 28 centimètres. Membranes complètes 17/17. Liquide amniotique normal au début du travail, vert à la fin.

La mère sort le 5 mai en bonne santé. Enfant pèse 2350 grammes.

OBSERVATION 13 (191-1893).

La femme P..., domestique, âgée de 23 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 10 février 1893 à 2 heures 30 du matin. Elle a fait une rougeole à 4 ans. Bassin bien conformé. Primipare. Elle a été réglée pour la première fois à 19 ans 1/2. Elle dit avoir eu ses dernières règles le 5 mai, mais d'après le poids du fœtus et du placenta on peut dire qu'elle est enceinte de 8 mois à peine. Elle a eu quelques vomissements au début de sa grossesse. On ne relève pas d'albumine dans ses urines. Le fœtus se présente par le sommet en gauche antérieure. Début du travail à une heure du matin le 10 février. Dilatation complète à 2 heures 50 du matin. Rupture des membranes spontanée au cours du travail. Elle était faite avant l'entrée de cette femme dans le service. Le liquide amniotique devient vert au cours de la période d'expulsion. Expulsion du fœtus à 4 heures du matin. Durée du travail trois heures.

Fille de 2210 grammes et de 32 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.3. — Occipito-mentonnier, 13.8. — Bi-pariétal, 8.9. — Bi-temporal, 7.9. — Sous-occipito bregmatique, 9.3.

Délivrance naturelle à 5 heures 5 du matin. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Poids de 280 grammes. Membranes complètes 24/10. Insertion vélamenteuse du cordon long de 27 centimètres.

Mère et enfant sortent bien portants le 28 février.

OBSERVATION 14 (946-1895).

La femme G..., ménagère, âgée de 25 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 7 heures du soir le 9 juin. Jamais de maladie. Bassin normal. Une fausse couche antérieure de 5 mois 1/2 d'un enfant vivant à la suite d'une rupture prématurée des membranes quatre jours avant l'expulsion du fœtus. Réglée à 17 ans et depuis régulièrement. Dernières règles du 10 au 15 octobre. Hauteur de l'utérus 29 centimètres. Elle est dans le 8^e mois de sa grossesse. Pas d'accidents ni de complications durant son cours. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Apparition des premières douleurs à 10 heures du matin le 9 juin. Rupture des membranes à la dilatation complète le 9 juin à 8 heures du soir. Expulsion du fœtus à 8 heures 30 du soir le même jour. Durée totale du travail 10 heures 1/2.

Fille pesant 2550 grammes et mesurant 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.4. — Occipito-mentonnier, 12.7. — Bi-pariétal, 8.7. — Bi-temporal, 7.6. — Sous-occipito bregmatique, 9.8.

Délivrance naturelle à 9 heures 5 du soir le 9 juin. Le placenta se présente par sa face fœtale. Discoïde. Poids 550. Sans altérations. Inser-

tion vélamenteuse du cordon. Longueur 31 centimètres. Membranes dissociées 33/12. Liquide amniotique normal.

Sortie de la mère le 18 juin 1895. Poids de l'enfant 2700.

Nous avons pensé à rapporter l'accouchement prématuré de la femme au cloisonnement du vagin, à une malformation utérine mais on n'en a pas signalé dans l'observation. On ne peut l'attribuer au surmenage car la femme se reposait depuis trois semaines à la clinique.

Mais ne serait-il pas logique de chercher dans le travail forcé à défaut d'autres influences la cause des accouchements prématurés des autres femmes? Or la fleuriste avait une profession peu pénible. Néanmoins la cuisinière et la ménagère exerçaient un métier plus fatigant. Cependant le surmenage a-t-il une influence aussi éloignée sur l'accouchement prématuré? Ces femmes étaient enceintes de 8 mois. Et l'insertion vélamenteuse n'aurait-elle pas pu avancer le terme de ces grossesses comme elle fera souffrir le produit de ces conceptions lors de l'accouchement ainsi que nous tâcherons de le démontrer dans la suite en nous appuyant en partie sur les deux observations d'accouchement prématuré où le liquide amniotique est vert?.

**Influence de l'insertion vélamenteuse sur
le développement du fœtus.**

Est-ce chose indifférente pour le développement de l'enfant si les vaisseaux se dissocient sur les membranes avant d'atteindre le gâteau placentaire?

Pour répondre à cette question nous donnons dans les deux tableaux suivants, l'un réservé aux grossesses simples, l'autre destiné aux grossesses gémellaires le poids du fœtus dans ces circonstances :

GROSSESSES SIMPLES

9 ^e mois.		2870 Plac. 640 Syph.?	(820-1890)
3700	(20 fév. 1894)	2500 — 450 . . .	(1022-1890)
3330	Alb. (3 nov. 1887)	2720 — 450 . . .	(1099-1890)
3320 Plac. 550 . . .	(994-1890)	2530 — 380 . . .	(1123-1890)
3560 — 580 . . .	(283-1892)	2540 — 450 Alb.	(1184-1890)
3460 — 660 Syph.?	(545-1892)	3015 — 500 . . .	(1214-1890)
3680 — 660 Syph.?	(557-1892)	2380 — 540 . . .	(334-1891)
3900 — 510 . . .	(1169-1892)	2410 — 390 . . .	(650-1891)
2800 — 320 . . .	(74-1893)	2050 — 370 . . .	(939-1898)
3310 — 480 . . .	(599-1893)	2860 — 490 . . .	(1115-1891)
3260 — 550 . . .	(1354-1893)	2650 — 540 . . .	(1273-1891)
3230 — 550 . . .	(1420-1893)	2500 — 490 Alb.	(1477-1891)
3820 — 620 Syph.?	(1647-1893)	2910 — 480 Alb.	(1505-1891)
3030 — 380 . . .	(242-1894)	2300 — 385 . . .	(1596-1891)
3280 — 590. . . .	(636-1894)	2720 — 500 . . .	(224-1892)
4000 — 670 Syph.?	(829-1894)	3430 — 520 . . .	(231-1892)
3570 — 550 Alb. .	(1358-1894)	4260 — 710 Syph.	(376-1892)
4020 — 750 Syph.?	(1378-1894)	2570 — 400 . . .	(675-1892)
3200 — 530 . . .	(1726-1894)	2920 — 470 . . .	(693-1892)
3240 — 520. . . .	(228-1895)	2280 — 430 Alb. .	(951-1892)
3380 — 700 Syph.?	(926-1895)	2200 — 450 . . .	(1016-1892)
3300 — 550 . . .	(1863-1895)	3010 — 580 . . .	(1227-1892)
3050	(26 déc. 1884)	2910 — 550 . . .	(1230-1892)
3000	(12 janv. 1885)	2470 — 550 . . .	(1238-1892)
3450	(28 janv. 1885)	2600 — 540 . . .	(1255-1892)
1900	(14 juillet 1885)	3250 — 680 Syph.	(1403-1892)
2950	(7 août 1885)	2770 — 440 . . .	(1438-1892)
3650	(9 août 1885)	2250 — 340 . . .	(231-1893)
3400	(28 oct. 1885)	2850 — 470 . . .	(516-1893)
2590	(22 nov. 1885)	3120 — 630 Syph.?	(1583-1893)
4070 . . . Syph.?	(14 mars 1887)	2720 — 450. . . .	(10-1894)
3630	(25 déc. 1887)	2560 — 460 . . .	(687-1894)
2560	(21 mars 1888)	3100 — 560 . . .	(775-1894)
2900	(28 juillet 1888)	3000 — 450 Alb. .	(1452-1894)
3520	(3 août 1888)	2650 — 430 . . .	(1944-1894)
3250 . . . Alb.	(14 nov. 1888)	2580 — 340 . . .	(72-1895)
3050	(23 janv. 1886)	3260 — 430 . . .	(487-1895)
2975	(7 mars 1889)	2130 — 360 . . .	(889-1895)
2600 Plac. 570. . . .	(513-1890)	2630 — 510 . . .	(959-1895)
3010 — 450. . . .	(515-1890)	2980 — 460 . . .	(1021-1895)
3240 — 470. . . .	(521-1890)	2950 — 500 . . .	(1157-1895)
3160 — 580. . . .	(600-1890)	2970 — 420 . . .	(1668-1895)
2830 — 420. . . .	(693-1890)		

8 ^e mois.		2050 Plac. 450 Alb. (1894-1895)
2100	(17 août 1883)	2150 — 480 Alb. (2059-1895)
2200	(3 déc. 1883)	1150 fille morte et ma-
1770 Alb.	(19 juil. 1884)	cérée (482-1893)
2100	(5 déc. 1887)	
2870	(25 janv. 1888)	7 ^e mois.
1400	(4 juin 1889)	1700 (12 juil. 1887)
2180 Plac. 500 . . .	(1068-1891)	1520 Plac. 250 Alb. . (85-1892)
2400 — 310	(587-1891)	1820 — 300. . . . (498-1892)
2700 — ?	(636-1892)	1220 — 380 . . . (1519-1892)
1930 — 350	(981-1892)	970 Mort et macéré. (1434-1892)
2600 — 470	(1116-1892)	
2200 — 380	(1279-1892)	6 ^e mois.
1860 — 270	(1644-1892)	Mort et macéré (29 oct. 1883)
2210 — 280	(191-1892)	
2550 — 550	(946-1895)	4 ^e mois.
2000 — 450	(1298-1895)	390 Plac. 200 . . . (1184-1891)

GROSSESSES GÉMELLAIRES

7 ^e mois (1 ^{er} décembre 1883)	
1560	1765 mort et macéré.
Insertion normale.	Insertion vélamenteuse.
6 mois (22 janvier 1884)	
730	420
Morts et macérés	
Insertion vélamenteuse pour un cordon	
8 mois 1/2 (22 octobre 1884)	
3900	3650
Insertion vélamenteuse.	Insertion normale.
7 mois (14 août 1885)	
1520	1610
Insertion normale.	Insertion vélamenteuse.
7 mois (9 mai 1886)	
300 mort et macéré.	1630
Insertions vélamenteuses	
7 mois (5 octobre 1886)	
950	1240
Insertion vélamenteuse.	Insertion normale.
5 mois 1/2 (17 novembre 1887)	
650	520
Insertion vélamenteuse d'un cordon	

7 mois (4 septembre 1888)	
1200	1450
Insertion vélamenteuse.	Insertion marginale.
	8 mois 1/2 (880-1890)
340 mort et macéré.	2000
Insertion vélamenteuse.	Insertion à vaguette.
	6 mois 1/2 (150-1891)
1350	1040
Insertion centrale.	Insertion vélamenteuse.
	9 mois (1310-1891)
2750	3080
Insertion vélamenteuse.	Insertion centrale.
	9 mois (220-1892)
2550	2000
Insertion excentrique.	Insertion vélamenteuse.
	8 mois (584-1892)
2400	2120
Insertion vélamenteuse.	Insertion en vaquette.
	9 mois (897-1893)
1920	2450
?	Insertion vélamenteuse.
	8 mois 1/2 (5-1894)
2130	1990
Insertion excentrique.	Insertion vélamenteuse.
	Près du terme (1124-1895)
2600	2250
Insertion vélamenteuse.	Insertion excentrique.
	8 mois 1/2 (1269-1895)
2400	2500
Insertion vélamenteuse.	Insertion excentrique.
	9 mois (1735-1895)
3230	1370 mort et macéré.
Insertion marginale.	Insertion vélamenteuse.
	9 ^e mois (1747-1895)
2800	2620
	Morts et macérés
Insertion vélamenteuse.	Insertion excentrique.
	8 ^e mois (1866-1895)
2250	2250
Insertion vélamenteuse.	Insertion centrale.
	8 mois (47-1896)
2630	2410
	Insertions vélamenteuses
	9 ^e mois (82-1896)
1980	2580
Insertion vélamenteuse.	Insertion excentrique.

Il est bien difficile d'apprécier l'influence de l'insertion vélamenteuse sur le développement du fœtus par le tableau des grossesses simples. Les poids de l'enfant varient en proportion des jours de la grossesse et on est obligé de les ranger pêle-mêle par mois. Dans ces catégories artificielles ces chiffres sont plus ou moins élevés suivant la date plus ou moins avancée de la gestation. Comment pourrait-on dans cette occasion faire intervenir pour chaque cas en particulier les influences dues à l'âge comme à l'époque de la puberté de la mère, au nombre et aux intervalles des grossesses, ainsi qu'à la différence de sexe? Aussi on est forcé de s'en tenir aux moyennes classiques données pour la fin de chaque mois. Faute de mieux, nous avons été obligé d'avoir recours à ces points de repère si primitifs. Seulement nous avons tenu compte dans l'évaluation de ces poids de l'influence plus sensible de la syphilis, de l'albuminurie et de la taille des parents. A vrai dire ils ne nous ont pas paru s'éloigner sensiblement de la normale. Toutefois dans nos observations du 14 juillet 1885 et du 4 juin 1889 où les fœtus pesaient seulement 1900 et 1400 grammes à 8 mois 1/2 et à 7 mois 1/2 ils nous ont semblé au-dessous de la moyenne.

Le tableau des grossesses gémellaires paraît être plus instructif à cet égard. Dans plusieurs cas les enfants sont irrégulièrement développés et le moins vigoureux correspond quelquefois à l'insertion vélamenteuse. N'est-ce pas un effet de la dissociation des vaisseaux sur les membranes?

Il semble ressortir de ces faits que l'implantation vicieuse du cordon pourrait être une cause de ralentissement de la nutrition chez l'enfant. Mais cette cause de souffrance fœtale ne peut-elle pas exagérer son action et

la pousser au point de provoquer la mort du produit de la conception ? Voici une observation à ce sujet :

OBSERVATION 15 (482-1893).

La femme B..., cuisinière, âgée de 28 ans, est enceinte pour la première fois. Elle a fait la scarlatine à 8 ans. Au mois d'avril 1892 elle a présenté de la faiblesse, de l'essoufflement, de l'œdème des membres inférieurs. Un médecin consulté diagnostique un peu d'anémie. L'examen des urines par un pharmacien révèle l'existence d'un peu de sucre. Le praticien prescrit alors à cette femme deux litres de lait par jour et lui défend les féculents. La femme se soigne jusqu'au mois d'octobre 1892. Entre temps ses règles viennent à manquer le 10 juin de la même année. A cet effet elle vient consulter le 5 mars 1893 à la clinique Baudelocque. Elle a été réglée à 18 ans et depuis irrégulièrement. Elle offre seulement à l'examen général un prolongement du premier bruit à la pointe mais on ne note pas de troubles fonctionnels. De plus l'examen obstétrical révèle une présentation du sommet en droite transversale. L'enfant est vivant, les bruits du cœur s'entendent à droite et au-dessous de l'ombilic. Cette femme est admise au dortoir. Le 8 mars il est impossible d'entendre les bruits du cœur du fœtus. Au palper on sent une tête au-dessus du détroit supérieur avec crépitation osseuse. La femme prétend ne plus avoir senti remuer son enfant depuis son entrée à la clinique et à son avis son ventre s'est abaissé. L'enfant était donc mort mais par quelle cause ? L'interrogatoire ne révèle la syphilis ni chez elle ni chez son mari ? L'examen des urines fait constamment reste muet. Cette femme n'a pas eu d'albumine. Le travail se déclare seulement le 4 avril vers les 3 heures du soir. La dilatation est complète à 1 h. 40 le 5 avril. Les membranes se rompent à la dilatation complète. Expulsion spontanée à 2 h. 20 du matin le 5 avril d'une fille morte et macérée de 1150 grammes et de 42 centimètres. L'épiderme du fœtus est complètement enlevé du cou à l'abdomen et aux jambes, laissant à nu le derme rougeâtre. Dans les autres régions il existe encore sous la forme de phlyctène. La tête présente l'aspect d'une poche mollassse dans laquelle on sent les os disjoints. Délivrance naturelle à 5 heures. Placenta globuleux de 260 grammes. Il est induré, épaissi et présente des foyers blanchâtres. Cordon vélamenteux, 63 centimètres. Un circulaire autour du cou. Membranes 28/10. Liquide amniotique, couleur chocolat.

Dans cette observation nous avons beau chercher une explication rationnelle à la mort de l'enfant, il n'en vient pas à notre esprit. On n'a pas relevé de syphilis ni d'albuminurie. La mère n'a pas eu de maladie fébrile dans sa

grossesse. Il n'y a pas eu de décollement prématuré du placenta. On trouve bien un circulaire autour du cou ; mais les circulaires ne produisent le plus souvent aucun trouble marqué. Du reste ce cas est rangé au chapitre des morts indéterminées dans le livre consacré au fonctionnement de la clinique Baudelocque. Ne pourrait-on pas la mettre sur le compte de l'insertion vélamenteuse ?

Si cette disposition anormale du cordon est capable de produire la mort du fœtus dans les cas de gestation simple ne serait-on pas plus exposé à rencontrer ces accidents dans les grossesses gémellaires où l'insertion vélamenteuse a l'air de faire sentir plus manifestement son influence. Les faits semblent plaider en faveur de cette manière de voir, car nous avons relevé dans nos observations les trois cas suivants où la mort des enfants ne peut s'expliquer d'une autre façon :

OBSERVATION 16 (1747-1895).

La femme S..., corsetière, âgée de 18 ans, est enceinte pour la première fois. Elle est d'une bonne santé. Son bassin est normal. Elle entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 2 novembre à 10 h. 1/2 du matin. Les dernières règles sont du 20 au 25 février. Mouvements actifs à fin juin. Hauteur de l'utérus, 36 centimètres. Sa grossesse s'est passée sans accidents. Mais depuis trois jours elle ne sentait plus remuer. A son entrée le ventre est très tendu. Les douleurs, qui ont commencé le 2 novembre à 7 heures du soir, sont continues. Par le palper on n'arrive à sentir qu'un fœtus en droite postérieure. Néanmoins, étant donné que la femme est seulement au commencement du 9^e mois de sa grossesse, la hauteur de l'utérus fait penser à une grossesse gémellaire. La dilatation est grande comme une pièce de 1 franc. Malgré la persistance des contractions douloureuses subintrantes, la dilatation de 11 h. 1/2 du matin à 2 h. 1/4 reste à 2 francs. A ce moment, mademoiselle Roze rompt artificiellement les membranes qui donnent issue à un verre de liquide vert et très épais. Alors la dilatation progresse rapidement et devient complète à 4 h. 10 du soir, 35 minutes après, la femme expulse un fœtus macéré de 2800 grammes. Aussitôt après l'expulsion de ce fœtus, en mesurant la hauteur de l'utérus, on trouve une hauteur de 27 centimètres, ce qui fait rechercher un second

fœtus. Cette constatation ayant été faite, on rompt artificiellement la deuxième poche, qui laisse s'écouler un liquide verdâtre ; 5 minutes après, expulsion d'un second fœtus macéré de 2620 grammes.

La macération des fœtus semble remonter à 2 ou 4 jours pour le premier, et à 2 jours pour le second.

Les antécédents de cette femme ne présentent aucun stigmate de syphilis. D'autre part, les vaisseaux du placenta sont gorgés de sang, ce qui résulterait peut-être d'une compression mécanique, qui aurait produit la mort des fœtus. Pas d'albumine.

Délivrance naturelle 45 minutes après l'expulsion du deuxième fœtus.

Le placenta est discoïde. Il pèse 830 grammes. Sans lésions. Les membranes sont complètes : 24/3 et 28/3. L'insertion du cordon du premier fœtus est vélamenteuse. Celle du second est excentrique. Ils mesurent, le premier 52, le second 48.

La mère sort le 13 novembre.

OBSERVATION 17 (9 mai 1886).

La femme M., domestique, âgée de 49 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 9 mai 1886, à 10 heures du matin. Hystérique. Son bassin est normal. Primipare. Elle est réglée chaque mois pendant huit jours peu abondamment. Elle a eu ses dernières règles le 3 octobre. Elle est enceinte de 7 mois. C'est une grossesse gémellaire, avec deux sommets. Cette grossesse a été pénible, mais on ne relève aucun accident pendant son cours. Les premières douleurs apparaissent le 9 mai à 4 heures du matin. Les membranes de la première poche se rompent spontanément à 7 heures du matin. A 11 h. 1/4 du matin la dilatation est complète. Quelques minutes après, la femme expulse un enfant. Un procubitus de la main l'accompagne. On rompt artificiellement les membranes de la deuxième poche deux heures après l'expulsion du premier enfant et le second vient au monde presque immédiatement. Le travail a duré 9 heures environ.

Deux filles. La première, macérée, pèse 300 grammes. La seconde vivante et pesant 1630 grammes est mise dans la couveuse mais elle meurt à 6 heures du soir le même jour.

Délivrance naturelle à 1 heure 1/2 le 9 mai. Le placenta offre une masse unique. On trouve deux poches séparées par une cloison formée de 4 membranes, deux chorions et deux amnios. Les deux insertions des cordons sont vélamenteuses. Membranes entières, liquide amniotique rosé pour la première poche, normal pour la seconde.

La femme est passée en médecine le 19 juin 1886.

OBSERVATION 18 (1735-1895).

La femme R..., blanchisseuse, âgée de 36 ans, entre à 10 h. 1/2 du matin le 31 octobre 1895 à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle n'a jamais fait de maladie. Elle est d'une bonne constitution. Son

basin est normal. Elle a eu trois grossesses antérieures. En 1885 elle accouche spontanément et à terme d'un enfant vivant ; elle l'élève au sein mais il meurt à 14 mois de méningite. En 1886 elle a un garçon qui vient spontanément à terme et qui est actuellement bien portant après avoir été élevé au sein maternel. En 1890, nouvel accouchement spontané et à terme d'un enfant vivant, nourri au sein maternel et mort à 7 mois, après avoir pris le biberon dans la journée. Même père pour les deux premières grossesses. Même père pour les deux dernières. Cette femme avait été réglée à 13 ans et depuis elle l'était régulièrement. Les dernières règles datent du 25 au 28 janvier. Enceinte de 9 mois. Pas d'accident ni de complication dans sa grossesse. On examine cette femme dès son entrée. On fait le diagnostic de droite postérieure. Enfant vivant. Bruits du cœur à droite au-dessous de l'ombilic. La poche des eaux s'était rompue prématurément le 29 octobre 1895 à 9 heures du matin. La femme avait commencé à souffrir à 8 heures du matin le 31 octobre. La dilatation est complète à 7 heures du soir. A 7 h. 25 expulsion d'un enfant vivant, de 3230 grammes. En regardant alors si le fond de l'utérus est bien rétracté, on trouve un second fœtus. On pose deux pinces sur le cordon entre lesquelles on le sectionne. Pendant qu'on recherche la position du second fœtus par le palper, la seconde poche des eaux se rompt et il s'écoule un liquide couleur chocolat indiquant que le second enfant est macéré. L'enfant se présente immédiatement à la vulve et est expulsé 5 minutes après le premier. Il pèse 1370 grammes. La macération est assez accusée et remonte assez loin.

Expulsion spontanée du placenta au bout de 5 minutes. Le placenta a une forme irrégulière. Il pèse 830 grammes. La masse placentaire est unique. La cloison séparant les fœtus était formée par les membranes d'origine fœtale. Les membranes sont complètes, mais déchirées. L'insertion du premier cordon est marginale. Celle du fœtus macéré était vélamenteuse au premier degré.

L'interrogation ne révèle pas de syphilis chez cette femme ni chez son mari. Pas d'albumine.

La mère sort en bonne santé le 14 novembre 1895. Son enfant pèse 3200 grammes.

Dans le premier fait cité les deux enfants sont morts et macérés. La macération remonte au plus à trois jours. L'examen général de la mère, qui devrait donner la clef du phénomène, est muet. Au contraire du côté des annexes on trouve le placenta gorgé de sang, ce qui résulterait peut être d'une compression mécanique, qui aurait produit la mort des fœtus et nous sommes naturellement amenés à penser à l'insertion vélamenteuse.

Un seul enfant est mort dans les deux autres observations. On ne peut mettre en cause dans ces cas les influences morbides générales de la mère, car elles devraient réagir à la fois sur l'une et l'autre grossesse. Force est donc de nous rejeter sur les causes occasionnelles provenant de l'extérieur, comme le traumatisme, ou des annexes, comme la dégénérescence du placenta, les circulaires multipliés autour du cou et les nœuds du cordon. Mais la mort de ces enfants ne peut être rapportée aux causes précédentes. On ne trouve nulle mention de ces éléments dans leurs observations. Faut-il en désespoir de compte faire entrer en jeu comme Peu, Mauriceau et P. Dubois l'inégalité de puissance d'absorption et d'assimilation chez les fœtus, dont le plus fort et le plus vigoureux prendrait toute la nourriture de l'autre et le ferait périr par inanition ? Nous serions plus disposé à expliquer la chose par la disposition anormale des vaisseaux sur les membranes.

Ces faits tendent à prouver que l'insertion vélamenteuse n'est pas indifférente pour le sort des enfants. Du reste quelques auteurs avaient parlé déjà de l'influence funeste de cette implantation vicieuse du cordon sur leur développement.

A ce propos Hüter dit que la plupart du temps les enfants viennent au monde bien portants malgré cette anomalie mais que dans certaines occasions ils peuvent être expulsés avant terme comme dans les deux cas de Hegar, où ils étaient atrophés. Pour expliquer cette différence il a distingué les cas où les vaisseaux rencontrent les enveloppes de l'œuf près ou loin du placenta. A son avis dans cette dernière alternative le sang arriverait au fœtus avec plus de difficulté et ne fournirait plus les éléments nutritifs nécessaires à sa vie.

Halliday Croom ne se croit pas à même de juger la question. Seulement il rapporte à cet effet avoir vu deux cas de travail prématuré au cours du sixième mois. Dans ces deux accidents l'insertion du cordon était vélamenteuse et les vaisseaux se divisaient à une distance considérable avant de pénétrer dans le placenta. Dans les deux circonstances les fœtus étaient morts et l'un de ces fœtus était très macéré. Il a fait aussi la même observation à propos d'une grossesse gémellaire. Avec un double placenta le deuxième fœtus était mal développé et survécut à peine quelques heures tandis que le premier était bien portant et vigoureux. Dans le premier cas était un cordon vélamenteux.

Hugues avait signalé également à l'attention des auteurs cette cause de souffrance dans la grossesse gémellaire.

Crédé (1), au contraire, dit n'avoir jamais remarqué d'influence sur le développement des enfants dans les insertions hors de la périphérie.

Mais comment expliquer cette influence de l'insertion vélamenteuse sur la nutrition du fœtus ? Comme nous venons de le voir, Hüter incrimine en pareil cas l'éloignement des vaisseaux du bord du placenta. Dans cette circonstance la circulation serait gênée en raison directe de la longueur du parcours. Bien plus on a dit que l'apport sanguin s'effectuerait plus difficilement encore à mesure que l'œuf se distendrait en avançant en âge car les vaisseaux par suite de cette disposition seraient plus facilement comprimés. Et cette compression serait encore plus efficace dans les grossesses gémellaires, ainsi que l'a fait remarquer Hugues, ce qui expliquerait le plus grand nombre des accidents dans ce cas.

(1) D'après CHANTREUIL, *loc. cit.*

Peut-être ces causes se suppléeraient-elles, quand elles ne s'ajouteraient pas, pour expliquer les accidents car si les vaisseaux se divisaient à une distance considérable du placenta dans les faits de Hegar et les deux grossesses simples de Halliday Croom nous avons trouvé l'insertion vélamenteuse au premier degré dans une de nos observations où cette disposition anormale du cordon a été probablement la cause de la mort de l'enfant. D'ailleurs l'auteur anglais a dû faire la même remarque à propos de son cas de grossesse gémellaire car il se borne à dire dans cette occasion que le cordon était vélamenteux tandis qu'au sujet des grossesses simples il avait fait observer que les vaisseaux effectuaient un long parcours sur les membranes avant de pénétrer dans le placenta.

Du rapport de l'insertion vélamenteuse avec l'hydramnios et les hydropisies de l'organisme fœtal.

Un italien, Truzzi, aujourd'hui professeur à la Maternité de Parme, alors qu'il était premier assistant à la Maternité de Milan en 1883, a voulu voir entre l'insertion vélamenteuse et les hydropisies de l'amnios et de l'organisme fœtal un rapport de cause à effet. Selon l'auteur, l'insertion vicieuse du cordon sur les membranes ne produirait pas fatalement ces accidents mais elle suffirait à les expliquer dans certains cas. En pareille circonstance la circulation serait gênée dans les vaisseaux à cause de leur division sur les membranes et par suite des coudes existant sur leurs ramifications. L'hydramnios se ferait d'autant mieux que les vaisseaux ne sont plus entourés par la gélatine de Wharton sur les enveloppes de l'œuf. Les autres hydropisies prendraient naissance parce que la vis à tergo dans

la veine ombilicale ne viendrait plus chasser aussi bien le sang suivant son cours naturel. M. Truzzi (1) émit ces idées pour la première fois dans les *Annali universali di Medicina*. A l'appui de son opinion il cite l'observation suivante :

OBSERVATION 19 (TRUZZI).

V. N... entre le 2 février à la Maternité. Elle est âgée de 23 ans. Elle est d'une constitution lymphatique. Elle présente des cicatrices d'adénite sur le cou et d'ostéo-périostite sur les avant-bras et au pied droit. Secondipare. Premier accouchement terminé par une application de forceps à cause de l'inertie utérine et de la faiblesse de la femme. Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 2 mai 1882. Vomissements pendant les quatre premiers mois.

A l'examen, on trouve un utérus très distendu par une abondante quantité de liquide amniotique, un léger œdème sus-pubien et une tête fœtale volumineuse, mobile au détroit supérieur. On sent les petites parties fœtales à gauche et en haut. Bruits du cœur faibles à droite près de la ligne ombilicale. Bassin légèrement aplati. Le travail débute spontanément vers les 9 heures du matin le 2 février. A 3 heures, la dilatation étant grande de 2 centimètres, les membranes se rompent et livrent passage à une très grande quantité de liquide amniotique opalescent. La dilatation se faisait très lentement malgré des contractions énergiques et fréquentes. La tête ne s'engageait pas. A 9 heures le lendemain la dilatation était parvenue à 7 centimètres. Le sommet s'allongeait en forme de cône sous l'influence des contractions dans l'excavation pelvienne. Néanmoins au niveau de la région hypogastrique on arrivait par le palper sur la face grâce à la déflexion de la tête. Au toucher on sentait à chaque contraction le sommet s'étaler uniformément comme une poche d'eau tandis que le reste de l'énorme tête du fœtus restait immobilisée sur le détroit supérieur débordant dans une large mesure à droite et à gauche le contour de la ligne innominée. La tête avait la forme d'un sablier. On fit le diagnostic d'hydrocéphalie. Comme il était évident que la tête ne pouvait pas s'engager dans la filière pelvienne malgré les contractions et afin de prévenir une rupture utérine, M. Porro fut d'avis de réduire par la paracentèse l'énorme volume de la tête fœtale. Avec un trocart courbe et très mince on fit la ponction de la calotte crânienne près du bord postérieur du pariétal gauche pour éviter le cours du sinus longitudinal supérieur. Il s'écoula une très grande quantité de liquide céphalo-rachidien. Quel-

(1) TRUZZI, Idrocefalia idramnios ed inserzione velamentosa. (*Annali universali di Medicina*, 1883.)

ques contractions suffirent alors à engager la tête. Sous l'influence de légères tractions exercées sur le cuir chevelu cette dernière ne tarde pas à se dégager. Les épaules sortent sans difficulté. Le fœtus, qui voit le jour, est une fille. Elle pèse 2800 grammes. Elle est à moitié asphyxiée ; on la ranime mais elle meurt au bout de deux heures. Le placenta offre la rare particularité d'une insertion vélamenteuse du cordon ombilical. Le cordon, gros comme à l'ordinaire, long de 42 centimètres, avec une torsion de droite à gauche, s'insérait sur les membranes à 13 centimètres du bord placentaire pour les couvrir de ses ramifications. Arrivée à la moitié du trajet du cordon la veine ombilicale se bifurquait en deux veines : la plus volumineuse, qui semblait la continuation du tronc principal, courait sur les enveloppes de l'œuf dans un espace de 9 centimètres et se divisait ensuite en deux grosses branches allant se ramifier elles-mêmes sur la face fœtale du placenta ; la plus petite entraînait en contact avec les membranes sur une longueur de 13 centimètres ; elle donnait naissance à des rameaux collatéraux qui, après un trajet tortueux et plus ou moins étendu, se divisaient jusque dans le gâteau placentaire.

Suites de couches régulières. La femme quitte la Maternité douze jours après l'accouchement.

Au mois de novembre 1883, le docteur italien (1) revient sur la question et il publie à ce propos cette nouvelle observation :

OBSERVATION 20 (TRUZZI).

T... N... entre à la Maternité de Milan le 24 octobre. Elle est âgée de 27 ans. Paysanne. Elle a eu ses premières règles à 17 ans ; elles ont été peu abondantes, mais régulières dans la suite. Mariée à 18 ans. Quatre grossesses antérieures normales. Accouchements sans accident. Suites de couches régulières. Fœtus volumineux. Allaitement maternel. Ses dernières règles sont apparues le 28 janvier. Le travail débute dans la nuit du 24 octobre. Expulsion du premier fœtus à 8 h. 50 du matin. Présentation du sommet en gauche antérieure. Rupture de la seconde poche au bout de dix minutes et il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique. Expulsion du second enfant, qui s'est présenté par le sommet en droite postérieure. Délivrance, par expression, dix minutes après cette expulsion. Les jumeaux étaient deux filles. Le premier, qui avait un cordon normalement inséré, pesait 3230 grammes, mesurait 50 centimètres et avait un diamètre bi-pariétal de 9.6. Poids du second,

(1) Rapporti etiologici tra l'inserzione velamentosa del cordone, l'idramnios e le anomalie di sirluppo del feto (*Gazzetta Medica Lombardia*, 1883, p. 467).

2220. Longueur, 43 centimètres. Diamètre bi-pariétal de 9. Deux amnios ; un chorion ; une caduque ; placenta unique volumineux. La cloison, qui séparait les deux cavités amniotiques, s'insérait sur le placenta de façon à le diviser en deux parties secondaires : l'une était volumineuse, irrégulièrement quadrilatère, recouverte sur sa face fœtale de ramifications vasculaires qui divergeaient du centre à la périphérie ; l'autre, de forme triangulaire, représentait seulement le $\frac{1}{3}$ du placenta et le cordon s'insérait sur les membranes à 10 centimètres de son bord. Ce dernier se divisait en deux branches : la première était formée par la veine ombilicale qui courait en serpentant sur les membranes pour aller rejoindre la partie correspondante du placenta sur la face fœtale de laquelle elle envoyait quelques rameaux collatéraux très superficiels et très apparents ; la seconde contenant les deux artères ombilicales entraînait en rapport avec les enveloppes de l'œuf sur un espace de 11 centimètres et se divisait sur la face fœtale de la même partie du placenta, qu'elle couvrait de ses ramifications. Circulations fœtales indépendantes l'une de l'autre.

L'année suivante M. Truzzi (1) appelle à nouveau l'attention sur ce sujet et il rapporte à cet effet la troisième observation ci-jointe :

OBSERVATION 24 (TRUZZI).

Femme âgée de 27 ans. Couturière. Premières règles à 14 ans. Règles irrégulières et peu abondantes dans la suite. Mariée à 19 ans. Onze mois après son mariage elle entre au dortoir des syphilitiques de Milan pour un chancre induré des organes génitaux externes. Elle était alors enceinte de deux mois. A la fin du 6^e mois de sa grossesse elle expulse un fœtus mort et macéré. Dans la suite elle redevient six fois enceinte. La deuxième grossesse se termine par une fausse couche de 6 mois avec un enfant mort et macéré. A sa troisième et à sa quatrième grossesse elle accouche successivement d'enfants vivants mais qui meurent quelques heures après l'accouchement sans manifestation syphilitique apparente. La cinquième grossesse va à terme et elle met au monde un enfant bien conformé. La sixième grossesse est interrompue par une fausse couche de trois mois. Elle entre pour sa septième grossesse. Elle ne se rappelle pas la date de ses dernières règles ni l'époque d'apparition des mouvements actifs. L'énorme distension de son ventre par de l'hydramnios vient encore augmenter l'embarras où l'on est de fixer le terme de sa grossesse en l'absence de ces points de

(1) Ascite fœtale ; idramnios ed inserzione velamentosa del funicolo ombellicale (*Gazzetta Medica Lombardia*, p. 139, 5 avril 1884).

repère. On ignore donc de combien elle est enceinte. Elle a 117 centimètres de circonférence abdominale.

Le travail débute spontanément le soir du 20 janvier et progresse lentement pendant la nuit. A 7 heures du matin, pour combattre l'inertie utérine par suite de la distension, on fait la rupture artificielle des membranes à 6 centimètres de dilatation. Il sort quatre litres de liquide opalescent. Un léger écoulement de sang mélangé aux eaux fait penser à un décollement partiel du placenta ; et pourtant les membranes avaient été rompues avec un perce-membrane peu volumineux dans l'intervalle des contractions sur un point élevé du sac.

Les battements du cœur s'altèrent progressivement. Sur cette indication on fait une application de forceps sur la tête dans l'excavation à 8 h. 40. L'extraction de la tête et du thorax à travers l'anneau vulvaire est difficile et à cette occasion, on suspecte une distension pathologique de l'abdomen fœtal. Pour confirmer le diagnostic, on introduit les doigts entre la paroi vaginale et le tronc du fœtus et on sent la distension exagérée du ventre de ce dernier. Avant de procéder à la paracentèse, on fait des tractions modérées et répétées sur l'enfant et on parvient à l'extraire. Il naît asphyxié et malgré les soins donnés, il meurt quinze minutes après l'accouchement. Dans un cas aussi intéressant on fit une autopsie très soignée et voici ce qu'on a trouvé :

Fille. Longueur, 43 centimètres. Poids, 2370 grammes. Diamètre bipariétal, 8,8. Cheveux d'une longueur de deux centimètres. Nutrition générale médiocre. Pas de signes extérieurs de syphilis. Distension énorme de l'abdomen (Circonférence ombilicale, 49 centimètres), par la présence de liquide dans le péritoine. On fait la ponction avec un petit trocart. Caractères du liquide ascitique. Il est très riche en albumine. Couleur citrine. Réaction alcaline. Pas de flocon fibrineux ou purulent. Poids absolu, 200 grammes. Poids spécifique, 1002. Veinosités sur le ventre.

A l'examen interne, on constate des faits intéressants. On trouve une infiltration œdémateuse du cuir chevelu, une légère hydrocéphalie externe avec ramollissement de tout l'encéphale. Plus de séparation entre la substance blanche et la grise. Infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané de toute la région du thorax. Poumons presque complètement atelectasiés. Cœur normal d'un poids de 16 grammes. Aucune trace d'endocardite fœtale. Trou de Botal non encore obturé. Cavité abdominale occupée par un énorme foie pesant 160 grammes. Rate volumineuse et congestionnée d'un poids de 16 grammes. En avant des viscères abdominaux, on trouve un kyste formé par les feuillets de l'épiploon et renfermant un liquide semblable à celui de la cavité abdominale. Reins normaux. Dans un pareil cas il était important d'examiner histologiquement les viscères fœtaux. L'examen fut fait par M. Staurenghi, premier assistant d'anatomie à l'université de Pavie. Il fut confirmé par M. Stefanini, agrégé d'histologie à la même uni-

versité. Les éléments constitutifs du foie, des reins et de la rate furent reconnus normaux à l'examen microscopique.

Cette façon d'interpréter les faits précédents se rapproche en partie de la manière de voir de MM. Frankenhauser et Bar (1).

Ces deux auteurs expliquent également l'hydramnios dans certaines circonstances par des embarras de la circulation.

Le docteur allemand rapporte l'hydramnios dans la grossesse gémellaire à la communication entre les deux circulations fœtales, auquel cas l'inégalité de pression sanguine chez les fœtus produirait une stase dans le système circulatoire du plus faible.

L'accoucheur français met l'hydramnios en coïncidence avec la syphilis sur le compte des lésions du fœtus ou des annexes ayant pour effet d'entraver la circulation dans le système de la veine ombilicale.

Peut-être malgré la communication entre les deux circulations fœtales, faudrait-il comprendre comme le professeur italien le cas suivant, où l'insertion vélamenteuse aurait produit l'hydramnios, entravé le développement de l'enfant et causé sa mort :

OBSERVATION 22 (5 octobre 1886).

La femme G..., couturière, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 5 octobre 1886 à 4 heure du soir. Bonne constitution. Bassin normal. Elle a déjà eu un enfant à terme, qui est venu spontanément par le sommet et qu'elle a élevé au sein. Il est bien portant. Chaque mois elle est réglée régulièrement pendant trois jours. Règles pour la dernière fois du 5 au 8 mars. Elle est enceinte de 7 mois environ. Elle a eu des vomissements très pénibles au début de sa grossesse. Il y a trois semaines son ventre a grossi rapide-

(1) *Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios*, Thèse de Paris, 1884.

ment. C'est une grossesse gémellaire sans antécédents héréditaires. La première poche des eaux s'est rompue spontanément, sans douleur, à 1 heure du soir le 5. Les premières douleurs apparaissent le 5 à 4 heures du soir. Le même jour, à 6 h. 1/2, la dilatation est complète. Vingt-cinq minutes après, la femme expulse un enfant par le sommet, qui se dégage en occipito sacrée. On rompt artificiellement les membranes de la deuxième poche et, à 7 h. 10, l'enfant, qui s'est engagé en droite postérieure, vient au monde avec un procubitus de la main. Durée totale du travail trois heures.

Deux filles. La première mort-née pèse 950 grammes. La deuxième, vivante, d'un poids de 1240 grammes, meurt 3 heures après sa naissance.

Délivrance naturelle dix minutes après l'expulsion. Une masse unique comme placenta. Circulation commune. Deux poches séparées par une cloison formée par deux amnios. Des deux cordons le premier a une insertion vélamenteuse. Liquide amniotique de la première poche s'élève à 5 litres mesurés. Liquide amniotique de la seconde poche normal.

La mère sort de l'hôpital dans un état satisfaisant le 13 octobre.

Dans son observation de grossesse gémellaire, Truzzi signale aussi le développement anormal de l'enfant dans la poche où se trouve l'hydramnios.

L'insertion vélamenteuse ne pourrait-elle pas être incriminée également dans cet autre cas de grossesse gémellaire compliqué d'hydramnios et arrêté dans sa marche au sixième mois de son cours ?

OBSERVATION 23 (17 novembre 1887).

La femme G..., âgée de 25 ans, sans profession, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière à 5 heures du soir le 17 novembre 1887. Bonne constitution. Bassin normal. Un accouchement antérieur, à terme, spontané, par le sommet, d'un enfant élevé au sein par la mère et actuellement bien portant. Les règles se font régulièrement tous les mois pendant trois jours. Dernières règles le 22 mai. Elle est enceinte de 5 mois 1/2. Il y a de l'hydropisie de l'amnios et de l'œdème des membres inférieurs. Les premières douleurs surviennent le 18 novembre à midi. On rompt artificiellement les membranes à la dilatation de 5 francs. La dilatation est complète à 1 h. 20 du soir. Le premier enfant est expulsé par le sommet au bout de dix minutes. Le second enfant vient au monde en se présentant par le siège après le même laps de temps. Durée totale du travail 1 h. 40.

Deux garçons qui ont vécu quelques instants. Le premier pèse 650 grammes et mesure 32 centimètres ; le second 520 grammes et 34 centimètres.

La délivrance se fait naturellement 30 minutes après l'expulsion du fœtus. Une seule masse placentaire avec une seule poche se présentant par sa face fœtale. Insertion vélamenteuse d'un cordon. Membranes entières, 18/33. Liquide amniotique abondant (5 litres).

La mère quitte l'hôpital le 3 décembre 1887 dans un état satisfaisant.

RELATIONS DE L'INSERTION VÉLAMENTEUSE AVEC L'ACCOUCHEMENT.

Rupture précoce.

La rupture est précoce quand les membranes se rompent entre le début du travail et la dilatation complète.

Après avoir fait la part des causes, qui influent sur la rupture des membranes avant le moment convenable, nous avons compté cinq cas dans nos observations, où les enveloppes de l'œuf se sont déchirées pendant le travail avant la fin de la dilatation.

Dans ces cinq faits 3 fois les membranes mesuraient d'un côté 10 centimètres et 2 fois 13 centimètres.

Peut-être l'insertion vélamenteuse serait-elle ici en cause comme dans la rupture prématurée ?

Seulement nous nous demandons si dans une de ces observations où l'on remarque une présentation du sommet non engagée au terme de la grossesse chez une primipare ayant un bassin normal, le placenta inséré sur le segment inférieur n'aurait pas joué un rôle dans cette rupture.

Mort de l'enfant.

En dehors des causes ordinaires l'enfant peut succomber dans le travail du fait même de l'insertion vélamenteuse, soit par hémorrhagie, soit par compression des vaisseaux.

Hémorrhagie.

L'hémorrhagie est un accident terrible de l'insertion vérolamenteuse. Il pardonne rarement et le fœtus trouve presque constamment la mort dans ce cas.

L'attention des auteurs s'est fixée de prime-abord sur ce phénomène et ce symptôme bien interprété est d'une grande valeur pour le diagnostic de l'implantation vicieuse du cordon avant la dilatation du col de l'utérus, qui permet quelquefois de sentir les vaisseaux éparpillés sur les enveloppes de l'œuf.

Déjà en 1773, Wrisberg signale l'hémorrhagie rapidement mortelle pour le fœtus lors de la rupture de la poche des eaux dans ce genre d'insertion.

Dans un mémoire de 1804, Lobstein insiste sur les dangers de cette hémorrhagie pour l'enfant dans cette disposition anormale du cordon au moment où les membranes se rompent.

En 1830, le premier cas de ce genre fut observé à la clinique d'accouchements de Heidelberg et Benckiser (1) le rapporte de la façon suivante :

OBSERVATION 24 (BENCKISER).

Une jeune femme de la campagne, âgée de 26 ans, fut admise à l'hôpital en novembre 1830. Le travail commença le 7 décembre à midi. A 3 heures le col était dilaté de un pouce et on pouvait facilement sentir la saillie formée par la poche des eaux. En explorant avec le doigt, on sentit une corde anormale égalant le volume d'une plume à écrire, qui, placée dans l'épaisseur des membranes, se portait d'arrière en avant et ne présentait aucun battement. Après la rupture de la poche, les eaux s'échappèrent et furent suivies de quelques gouttes de sang. La tête se trouvait dans l'excavation en première position, et on s'aperçut

(1) *Loc. cit.* prise dans la thèse de HUGUES.

qu'une anse du cordon se trouvait placée entre elle et la symphyse sacro-iliaque droite. On n'y sentait qu'une pulsation très faible. On essaya, mais vainement, de le repousser, et, le travail continuant avec activité, le professeur Nœgelé termina l'accouchement par le forceps. Quand on plaça la branche droite, il s'écoula une grande quantité d'eau mêlée de sang. Pendant les quatre heures qui s'étaient écoulées depuis la rupture de la poche jusqu'à la terminaison du travail, le sang n'avait cessé de couler ; la femme pouvait en avoir perdu 160 à 200 grammes. La délivrance eut lieu une heure 1/2 après. L'enfant pâle et décoloré, présentait encore quelques signes de vie, mais il mourut peu d'instants après. Il pesait 2900 grammes. On ne trouva à l'autopsie que des signes d'anémie ; tout prouve que l'hémorrhagie avait causé la mort du fœtus.

L'examen du délivre fit découvrir la source de l'hémorrhagie. Le placenta avait sa texture et sa forme habituelles. Les membranes étaient un peu dures et plus épaisses, et leur déchirure était tout ce qu'il fallait pour permettre la sortie du fœtus. Le cordon ombilical s'insérait sur les membranes à 6 centimètres du rebord placentaire ; à partir de ce point, les vaisseaux n'étaient point réunis, mais se séparaient en se ramifiant çà et là sur les membranes ; et après que ces diverses ramifications des artères et de la veine avaient parcouru à leur surface interne un trajet plus ou moins long, mais variable, pour chacune d'elles, depuis 4 centimètres jusqu'à 27 centimètres, elles entraient dans le placenta, les unes par le centre, les autres par son bord.

Le premier rameau, naissant de la division de la veine ombilicale au point de son insertion dans les membranes, se portait à droite, parcourait un trajet considérable à leur surface interne et venait enfin se plonger dans le bord opposé du placenta. C'est précisément sur le point de ce trajet le plus éloigné du placenta qu'a eue lieu la rupture des membranes ; cette rupture a dû nécessairement produire celle du rameau veineux que nous venons de décrire, et c'est à elle, sans aucun doute, qu'est due la perte qui a occasionné la mort de l'enfant, ainsi que le prouva l'autopsie. La chute du cordon n'est pour rien, en effet, dans cette mort, car dans ce dernier cas les symptômes de congestion sont ceux que fournit l'ouverture du cadavre.

Ricker (1) ne tarde pas à donner la relation d'un cas semblable :

OBSERVATION 25 (RICKER).

P. R..., âgée de 26 ans, de taille et de force moyennes, bien portante dès son enfance, réglée à l'âge de 17 ans régulièrement et abondam-

(1) RICKER, *Siebold's Journ.*, tome XII, p. 506, Frankfurt, 1833.

ment et devenue enceinte pour la première fois en 1829, se porta bien pendant cette grossesse et accoucha facilement et naturellement d'une fille vivante en juillet 1830. Elle ne perdit pas plus de sang qu'à l'ordinaire dans son accouchement et elle resta seulement une semaine au lit sans présenter d'accidents.

A la fin de l'été de 1831 cette femme devint enceinte pour la deuxième fois. Cette grossesse fut aussi assez normale. Vers le troisième mois de cette grossesse, les règles qui n'étaient pas apparues jusqu'alors, revinrent comme par le passé ; puis il s'écoula des parties génitales des mucosités blanchâtres, mais les pertes de sang ne se reproduisirent pas.

Le 28 mars 1832 (4 semaines avant le terme de sa grossesse), j'ai eu l'occasion d'examiner cette femme pour la première fois. Elle était bien faite, son bassin bien conformé et modérément incliné ; le ventre était gros mais la tension de ses parois ordinaire, pas très large. Les mouvements du fœtus étaient fortement sentis par la mère et exclusivement du côté droit.

Au toucher, j'ai trouvé les parties génitales bien conformées, le col presque entièrement fermé avec des lèvres ramollies et un peu enflées principalement en avant et l'orifice externe légèrement entr'ouvert permettant l'introduction de la pulpe du doigt ; sur les lèvres du col on pouvait remarquer de grandes cicatrices et on sentait nettement la tête de l'enfant qui se présentait.

La femme est restée dans ces conditions jusqu'à son accouchement continuant à s'occuper de son métier de couturière.

Le 29 avril, vers 6 heures du soir, sans aucune raison appréciable, les membranes se sont subitement rompues et à la suite de cette rupture il s'est écoulé pendant une heure 6 à 7 litres de liquide amniotique avec beaucoup de sang de couleur foncée.

A l'examen fait sur le champ, j'ai trouvé le col assez ouvert pour laisser passer deux doigts. La tête se trouvait dans la première position fortement appuyée sur le détroit supérieur du bassin. La moitié droite de la tête qui se trouvait tournée vers la paroi antérieure du bassin était dépourvue de membranes ; sa moitié gauche dirigée en arrière était encore couverte de membranes et sur la partie moyenne du crâne, parallèlement au diamètre transversal du détroit supérieur il y avait un cordon élastique bien tendu d'une épaisseur d'une plume de corbeau qui ne pouvait pas être passé au-dessus de la tête. Si on conduisait le doigt le plus haut possible sur la paroi postérieure de la matrice on pouvait alors sans aucun danger arriver à deux pouces au-dessus de l'ouverture avec peine sur l'extrémité d'un corps mou qui pouvait être pris pour le placenta. Ce qui concerne la corde, qui était au-dessus de la tête, semblait rester obscur pour le moment ; ce n'était pas assez gros et c'était beaucoup trop lisse pour être pris pour le cordon ombilical.

Je pris la chose au début, pour une grossesse double, enroulement ou anomalie quelconque des membranes. Je n'avais pas encore lu la thèse de Benckiser. Quant au sang qui s'était écoulé avec le liquide amniotique, alors je me croyais en présence d'une rupture partielle de la paroi postérieure de la matrice dans le voisinage du placenta placé à son niveau.

Deux heures après la rupture des membranes, l'écoulement du liquide amniotique s'est arrêté complètement et il n'y eut aucune hémorragie ultérieure, mais les douleurs n'apparaissaient pas non plus.

Puisque la tête était appuyée fortement sur l'ouverture du bassin dans une bonne position et que le bassin ne semblait pas s'opposer d'une manière quelconque à son passage, j'ai conclu de laisser à la nature le soin de l'accouchement, l'écoulement sanguin ayant cessé. Au moment où les contractions apparaîtraient et feraient progresser la tête, je devais attendre que la partie de l'enfant située en bas vint tellement comprimer contre la paroi de l'utérus le bord du placenta sur lequel on pouvait arriver et qui était probablement libre qu'aucune hémorragie ne puisse survenir.

La parturiente a été mise dans la position horizontale dans son lit ; le repos le plus complet a été commandé et une diète antiphlogistique a été prescrite. Dans son lit, il y avait encore quelques onces de liquide amniotique coloré en rose qui s'écoulait des parties génitales. Pas de douleurs. Sur des questions bien précises, la parturiente assura ne sentir que faiblement les mouvements de son enfant depuis quelques mois et ne plus les avoir perçus depuis la rupture des membranes.

Les choses en demeurèrent là jusqu'au 30 avril, 8 heures du soir. A ce moment les douleurs survinrent et devinrent de plus en plus fortes.

A 8 h. $1/2$, la dilatation était de 2 $1/3$ de pouce. La tête était placée sur la partie supérieure du bassin. La petite fontanelle était tournée à gauche. La corde élastique, qui passait au-dessus de la tête, était toujours bien sentie comme les membranes qui couvraient la tête. Le placenta ne pouvait plus être atteint. Aucune hémorragie jusqu'à ce moment.

A 9 h.30 l'ouverture de l'utérus était de 3 à 4 pouces et la tête fut poussée jusqu'au milieu du petit bassin, ayant toujours la petite fontanelle dirigée à gauche. Les os de la tête paraissaient mous et se laissaient déprimer et déranger. Les douleurs étaient assez fortes et subintrantes. Quelques cuillers d'eaux mélangées à des mucosités et à du sang survinrent. La corde élastique, qui courait au-dessus de la tête, était fortement tendue.

A 10 heures, la tête était presque descendue à l'entrée du petit bassin. La corde élastique et les membranes avaient passé par dessus la tête et on ne pouvait plus les atteindre.

A 11 h. $1/2$ sous l'influence de très fortes douleurs la tête fut expulsée, la figure tournée à droite. Le cordon était serré si fort autour du

cou de l'enfant qu'il fut impossible de le faire passer au-dessus de la tête et des épaules. Force fut de le couper et les deux bouts furent tenus par un aide jusqu'à l'expulsion complète de l'enfant. L'expulsion fut assez rapide, cependant la fille vint morte au monde. Elle était petite, pâle, ratatinée et présentait déjà des traces de putréfaction.

Après la naissance de cet enfant, on remarqua aussitôt la présence d'un autre enfant dans l'utérus. Par le toucher on put sentir une partie du placenta sur la lèvre postérieure du col. En avant de lui s'était placée une nouvelle poche des eaux, mais on ne pouvait atteindre aucune partie fœtale avec le doigt. Au toucher manuel je trouvais l'épaule droite du second enfant au-dessus du détroit postérieur. Il s'écoula pendant ce temps des organes génitaux du sang rouge. Les douleurs n'avaient pas encore fait leur réapparition.

Il fallait vivement intervenir de peur d'une nouvelle hémorrhagie. Alors sans retard on rompit la poche des eaux et on fit la version par manœuvres internes. L'extraction de l'enfant se fit sans difficulté et ne fut pas contrariée par les contractions de la matrice affaiblie. A 12 h. 1/2 on mit au monde une fille morte et déjà en putréfaction ayant la même apparence que la première.

Chacune des deux filles avait 17 pouces et pesait 3 3/4 de livre.

Après la naissance du deuxième enfant suintait encore du sang des organes génitaux et la matrice ne se contractait pas. Des frictions continues du bas-ventre et deux cuillers à thé de teinture de cannelle données coup sur coup produisirent cet effet.

A 12 h. 35 on trouva le placenta décollé et on en fit l'extraction ; après quoi la matrice se contracta, comme il faut, et le sang s'arrêta.

Le gâteau placentaire était unique pour les deux enfants, large de 8 pouces 1/2, épais d'un pouce 1/4 et pesant une livre et demie.

Le cordon du premier enfant né n'était point inséré sur le placenta mais à 5 pouces du bord de celui-ci et sur les membranes. Du bord du placenta partaient trois veines et quatre artères à travers le chorion pour aller se réunir à la place où le cordon naissait en ne formant qu'une veine et deux artères. Entre le bord du placenta et la naissance du cordon le chorion était déchiré et la plus externe des trois veines était déchirée mais pas entièrement.

Le cordon du deuxième enfant était inséré comme d'habitude légèrement en dehors du milieu du placenta qui, du reste, était tout à fait normal.

De cette veine déchirée, comme on peut bien le comprendre, était sorti le sang, qui en coulant s'était mélangé avec le liquide amniotique. Le cordon élastique si serré, qui se trouvait au-dessus de la tête, n'était autre que ce vaisseau de cordon qui vu son épaisseur et sa force ne se déchira pas complètement mais qui resta aussi longtemps serré au-dessus de la tête avec une partie du chorion enroulé jusqu'à ce que vraisemblablement la déchirure du chorion en se prolongeant à la suite

de l'engagement de la tête ait permis au vaisseau de glisser en arrière par suite de cette disposition.

La mort des deux enfants avait vraisemblablement sa raison dans la perte de sang consécutive à la déchirure de ce vaisseau car vu que les deux enfants avaient un placenta commun le sang nourricier des deux passait par cette veine ouverte.

Le placenta ne paraissait pas avoir été décollé en aucun endroit avant la naissance du premier enfant. Mes conjectures sur l'hémorrhagie provenant du décollement partiel du placenta ne se sont point réalisées.

Hecker (1) fait mention d'un pareil phénomène :

OBSERVATION 26 (HECKER).

Le 7 septembre 1860, on a remarqué, chez une primipare, pendant la période de dilatation, une rugosité spéciale des membranes ; on sentit sur elles des cordons, que l'on prit pendant un certain temps pour du placenta ; mais un nouvel examen fit reconnaître des vaisseaux du cordon. D'ailleurs tout était normal. L'enfant se présentait par le sommet dans la deuxième position. Les douleurs étaient fortes. Les battements du cœur très nets s'entendaient à droite et en bas. Les membranes ne tardent pas à se rompre avant la dilatation complète. Bientôt après une hémorrhagie de moyenne intensité fait irruption hors du vagin. On ne pouvait l'attribuer à aucune des causes ordinaires. Elle cessa d'elle-même. Une heure et demie après, sans intervention de l'art, naquit, après une période d'expulsion d'une heure un quart, un garçon de 4 livres $1/2$ et de 48 centimètres de long, presque à terme, qui ne donnait aucun signe de vie et chez lequel on ne percevait pas même le plus petit battement.

Un quart d'heure après la naissance de cet enfant le placenta sort sans peine du vagin. Il est petit, pèse $3/4$ de livre, mais son parenchyme est normal. Les membranes sont pâles. Sur elles courent les vaisseaux du cordon à une distance de 23 centimètres du bord du placenta. En cet endroit aboutit le cordon. Il mesure 51 centimètres. Il est mince et peu tordu. Il se divise en 5 ou 6 vaisseaux qui rampent sur les membranes entre le chorion et l'amnios. Les membranes se sont rompues précisément à ce niveau et en cet endroit, on voit un gros vaisseau complètement rompu. Les deux bouts du vaisseau sont obstrués par un caillot frais, mou et non adhérent à ses parois sur une longueur d'un centimètre.

Le corps de l'enfant est couleur blanc de cire. Seulement la partie gauche de la tête est rouge foncé. Du même côté on remarque une forte tuméfaction. A un examen plus attentif, on trouve un grand épanchement de sang dans le tissu cellulaire, entre le crâne et l'épi-

(1) HECKER, *Klinik der Geburtskunde*, p. 162, Leipzig, 1861.

crâne au niveau du pariétal et de l'occipital. Le cerveau est injecté à sa superficie ; les ventricules sont vides ; son parenchyme est assez hyper-émié. Les poumons sont absolument vides d'air. Les voies aériennes et nutritives sont pâles. On trouve dans les premières des mucosités verdâtres, qui se continuent dans les plus fines ramifications bronchiques et qui sont constituées par du méconium. Le cœur est vide. Le trou de Botal, large d'un centimètre, est fort ratatiné. Foie modérément rempli de sang, de consistance ordinaire. Canaux biliaires pleins de bile jaunâtre. Rate petite. Reins modérément gros et fermes.

Valenta (1) cite un autre fait de même nature :

OBSERVATION 27 (VALENTA).

Le 10 mai 1871, à 9 heures du matin, la nommée Ursule Ros..., secondipare, âgée de 30 ans, met au monde au bout de 10 heures de travail une fille morte et exsangue, qui s'était présentée par le sommet dans la première position. Au moment de son entrée, à une heure et demie de la nuit, elle dit qu'elle avait perdu les eaux à 11 heures avant le début des douleurs et que depuis ce moment elle perdait du sang en plus ou moins grande quantité. A son entrée le col était encore long mais les douleurs devinrent si fortes qu'à 6 heures du matin il était complètement effacé et que l'accouchement se faisait à 9 heures du matin. La sage-femme en chef et ses élèves avaient bien observé une perte de sang continue et peu abondante ; elles y avaient ajouté peu de valeur parce qu'elle était faible. Jusqu'à ce que la mort de l'enfant leur apprit autre chose, elles croyaient que la perte de sang résultait d'un décollement prématuré du placenta. Elles n'avaient pas observé une perte de sang en forme de jet. Ce n'est qu'un examen approfondi du délivre qui donna la clef de l'énigme d'une façon intéressante. Le placenta d'un diamètre de 6" s'était inséré profondément dans l'utérus et on remarquait une insertion vélamenteuse du cordon du côté de son bord inférieur. Le cordon, qui était long de 16 pouces 1/2, se divisait à 4 pouces 1/2 du bord du placenta en affectant la forme d'une fourche. Une seule veine le pénétrait, mais avant son entrée dans le cordon elle recevait plusieurs rameaux. Une seule artère d'un fort calibre en sortait ; la deuxième venait se réunir à la première et elle était déchirée un peu au-dessous du point de division. A trois pouces de la veine principale partait du placenta une autre grosse veine, qui se dirigeait en forme d'arc à une distance de 2 ou 3 pouces du bord jusqu'au point de séparation pour se jeter dans la veine principale. Cette branche veineuse, par laquelle s'était faite la perte de sang, était rompue à son point d'abouchement avec le fort tronc veineux et la tête en repoussant

(1) VALENTA, *Betz-Memorabilien*, vol. XIX, p. 200, Jahrgang, 1874.

les membranes on avait arraché un morceau. L'amnios se laissait décoller jusqu'au point où se faisait la division en forme de fourche.

Cette découverte sûrement intéressante nous engage vivement à regarder le délivre dans un accouchement au point de vue médico-légal.

Cazeaux rapporte un exemple de ce genre dû au docteur Panis, professeur d'accouchements à l'école de médecine de Reims.

OBSERVATION 28 (PANIS).

Mme H... (de Reims), âgée de 36 ans, a eu quatre enfants. Les couches ont été très heureuses, et ses enfants sont tous nés vivants et très forts. Sur le point d'accoucher du cinquième, Mme H... me fit appeler le 17 janvier dernier à 6 heures du matin. J'appris à mon arrivée que les eaux s'étaient écoulées à 5 heures, et qu'au moment de la rupture des membranes, il s'était écoulé du sang avec les eaux. Les mouvements de l'enfant s'étaient fait sentir la veille jusqu'au soir. Mme H... avait dormi toute la nuit et ne s'était éveillée qu'au moment de la rupture des membranes. Je pratiquai le toucher et je trouvai le sommet de la tête en occipito-iliaque gauche postérieure, une dilatation de 3 centimètres. Le travail marcha d'une manière régulière, mais un peu lente; l'écoulement de sang continua, mais avec peu d'abondance, et à 10 heures du matin, Mme H... mit au monde un enfant mort qui se dégagea en position antérieure.

Etonné de la mort de cet enfant, dont la face était peu colorée, dont le développement était parfait et dont les mouvements n'avaient cessé d'être sentis jusqu'au moment où la mère s'était endormie, je cherchai la cause de cet accident, et je la trouvai dans le cordon ombilical, aussitôt que j'eus extrait le placenta. En effet, ce cordon était inséré sur les membranes, à 8 centimètres du placenta; les vaisseaux qui le constituaient s'étaient séparés, rampaient dans les membranes et venaient se rendre à la circonférence du placenta. C'était précisément en cet endroit que les membranes elles-mêmes avaient été rompues. Je conclus dès lors que la mort était due à l'hémorrhagie causée par la rupture du vaisseau veineux et je m'expliquai alors pourquoi cet écoulement de sang avait commencé au moment même de la rupture des membranes (1).

Langerhans (2) relate une hémorrhagie de cette sorte :

(1) CAZEAUX, *Traité théorique et pratique des accouchements*, chapitre Hémorrhagie puerpérale.

(2) LANGERHANS, *Archiv für gynécologie*, 43^e vol., 1878, p. 304.

OBSERVATION 29 (LANGERHANS).

Chez une primipare âgée les douleurs commencèrent à 9 heures du soir. Au dire de la sage-femme les membranes se rompirent à 1 heure du matin ; en même temps survint une hémorrhagie abondante mais de courte durée et le fœtus perdit son méconium. Néanmoins la sage-femme attendit jusqu'à 1 heure de l'après-midi pour appeler un médecin à son aide. L'enfant se présentait par le sommet ; la tête était au détroit supérieur ; les bruits du cœur ne s'entendaient pas, et la femme était très épuisée. On termina l'accouchement par une application de forceps. L'examen de l'arrière-faix donna les renseignements suivants : le cordon s'insérait sur le point des membranes opposé au placenta ; entre le bord du placenta et le point d'implantation du cordon, les vaisseaux couvraient de leurs mailles la superficie des enveloppes de l'œuf ; ces dernières s'étaient déchirées vers le milieu de cet espace ; la rupture avait intéressé une artère qui traversait obliquement cet intervalle et avait le volume d'une plume de corbeau. C'était là évidemment la cause de l'hémorrhagie et de la mort de l'enfant.

Halliday Croom (1) écrit une courte note sur un cas de cette façon relevé dans sa clientèle privée :

OBSERVATION 30 (HALLIDAY CROOM).

Je fus appelé, près d'une femme de 40 ans, en travail depuis quelque temps, qui avait eu une hémorrhagie considérable. Quand je la vis, les membranes étaient rompues et la tête engagée, l'hémorrhagie avait cessé. Peu de temps après mon arrivée, l'enfant fut expulsé mort et anémié.

Le placenta fut extrait facilement avec quelques caillots au bout de dix minutes.

J'ai considéré le cas comme étant une hémorrhagie accidentelle.

M'étant informé, j'appris que les membranes s'étaient rompues une heure avant mon arrivée et que, depuis leur rupture jusqu'à la naissance, l'écoulement de sang avait été continu. En examinant le délivre, je vis que le cordon s'insérait sur les membranes. Les vaisseaux avant de gagner le placenta au bord inférieur duquel ils étaient reliés se divisaient et couraient à la surface des membranes dans une étendue de trois pouces. Les troncs veineux étaient plus nombreux en même temps que plus longs et plus flexueux. Deux d'entre eux étaient rompus, manifestement au point de la déchirure des membranes.

(1) *Loc. cit.*

Hugues (1) publie aussi une observation inédite à ce sujet.

OBSERVATION 31 (HUGUES).

Magdeleine X., âgée de 27 ans, primipare, arrive à la Maternité de Marseille, le 1^{er} novembre 1863. Elle a eu ses dernières règles en janvier de la même année, elle est par conséquent dans le 9^e mois de sa grossesse. Les douleurs ont commencé le 1^{er} novembre à 10 heures du soir. Elle a continué à souffrir toute la nuit et toute la journée du lendemain, et le 2 novembre à 8 heures du soir les membranes se sont rompues ; il s'est écoulé une assez grande quantité d'eau mêlée de sang. Le col n'était pas encore bien dilaté ; le toucher et le palper abdominal faisaient reconnaître une présentation du vertex, mais on ne pouvait pas encore diagnostiquer la position, les parties fœtales étant encore très élevées ; l'auscultation faisait entendre la circulation fœtale à droite, assez rapide. Elle resta dans cet état jusqu'au 3 à 8 heures du matin, heure à laquelle l'orifice avait une dilatation de 2 centimètres. Il y avait toujours un écoulement sanguin, pas très abondant cependant. A midi, la dilatation était de 3 centimètres, et on pouvait, par le toucher, reconnaître une deuxième position du vertex. On entendait toujours les bruits fœtaux. A trois heures et demie, les douleurs reprennent de plus belle ; la femme accusait en même temps une forte douleur dans la fosse iliaque droite. A 5 heures, on ne sentait plus le bord postérieur de l'orifice du col et à 6 heures la dilatation était complète. L'écoulement sanguin devient alors plus abondant et la circulation fœtale se ralentit. A 9 heures, l'accouchement avait lieu ; l'enfant se dégageait en deuxième position du vertex, et une grande quantité de caillots était expulsée après lui. La femme venait de mettre au monde une fille pâle, décolorée, mais dont le développement était parfait puisque son poids était de 3200 grammes. Cet enfant ne donnait plus que quelques signes de vie ; quelques instants après, il était mort.

On procède à la délivrance dix minutes ou un quart d'heure après ; mais en faisant des tractions sur le cordon, celui-ci cassa. On fit alors des frictions sur le ventre pour faire contracter l'utérus et aussitôt après on put saisir et attirer au dehors le placenta, qui était déjà dans le vagin.

Le placenta avait son aspect, sa forme et sa texture habituels ; les membranes étaient un peu épaissies, et le cordon ombilical, qui avait une longueur de 60 centimètres, venait s'insérer sur elles à 4 ou 6 centimètres du bord placentaire. A partir de ce point, les vaisseaux étaient séparés et entraient dans le placenta par des points différents.

(1) *Loc. cit.*

nfin, en examinant l'endroit où s'était effectuée la rupture des membranes, on s'aperçut que cette rupture avait eu lieu précisément dans l'espace compris entre le point d'insertion sur les membranes et le bord placentaire, c'est-à-dire, au lieu de passage des vaisseaux ombilicaux ; on avait trouvé l'origine et la cause de l'hémorrhagie ; au moment de la rupture des membranes, un vaisseau avait été lésé et l'enfant avait succombé à cette hémorrhagie.

Comme on a pu le voir dans les observations précédentes, l'hémorrhagie est la conséquence de la rupture des vaisseaux dans leurs parcours sur les membranes au niveau de la poche des eaux. Les veines sont presque toujours intéressées dans la circonstance probablement par suite de leur plus grande tendance à la dispersion.

Les choses se passent presque toujours de la même manière. La poche des eaux se rompt et un flot de liquide amniotique avec du sang survient en même temps. Suit alors une perte sanguine peu considérable et continue. Mais il est des cas où le tableau clinique présente un aspect différent, ainsi que le témoigne l'observation recueillie par Lemaestre (1) à l'hôpital Saint-Louis :

OBSERVATION 32 (LEMAESTRE).

Le 31 mars 1846, à 7 heures du matin, entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service d'accouchements, la nommée Massa Magdeleine, cartiè-re, âgée de 49 ans ; d'une bonne santé habituellement, elle présente les caractères que l'on assigne au tempérament lymphatique. Les règles qui sont venues pour la première fois à l'âge de 10 ans, ont toujours été régulières et abondantes ; mais il y a deux ans, étant allée aux bains froids alors qu'elle avait bien chaud, et que ses règles venaient de cesser, elle fit une maladie de trois mois, éprouvant de fortes douleurs dans le ventre, pour lesquelles on lui applique six fois des sangsues. Les règles qui s'étaient supprimées pendant ces trois mois revinrent, mais depuis lors moins abondantes et moins régulières.

Il y a un an, elle a fait une fausse couche de trois mois ; neuf jours avant, la malade avait fait une chute sur le siège. A son arrivée à l'hôpital, on pratique le toucher qui fait reconnaître un effacement complet des lèvres du col et une dilatation de l'orifice d'environ 2 centimètres ;

(1) *Bulletin de la Société anatomique* de Paris, année 1846.

le doigt constate une présentation du sommet ; la poche des eaux est rompue. Les douleurs qui ont commencé à minuit se succèdent à d'assez courts intervalles ; l'accouchement se termine à une heure sans présenter rien d'anormal. L'enfant est mort, tout à fait décoloré ; le cordon est exsangue.

L'accouchement se fait presque à sec ; l'issue du placenta n'est suivie que de quelques caillots de sang ; il sort dix minutes après l'enfant, et sans avoir besoin d'exercer de tractions sur le cordon.

Ne sachant à quoi attribuer la mort de l'enfant, la malade n'avait pas dit un mot sur ce qui s'était passé avant son entrée, j'examinai le délivre : la distribution vicieuse des vaisseaux du cordon me rappela tout de suite le cas de Benckiser. Prévoyant déjà ce qui était arrivé d'après le mode de rupture des membranes, je mis les pièces de côté me réservant de les examiner avec soin plus tard. Je me rendis auprès de la malade, qui me donna les renseignements suivants :

Elle se croyait à terme, mais elle n'en était pas sûre ; car pendant presque toute sa grossesse elle voyait ses règles qui n'ont manqué que dans les deux derniers mois.

Pendant sa grossesse, sa santé a toujours été excellente ; elle n'a remarqué chez elle rien d'extraordinaire. La veille de son entrée, à 8 heures du soir, sans cause appréciable, son ventre s'est gonflé subitement d'une manière extraordinaire, à tel point que ses voisines lui disaient qu'elle portait au moins trois enfants. La malade n'eut ni frissons, ni syncope et ne fut nullement influencée par ce phénomène.

Depuis ce moment jusqu'à 10 heures, l'enfant se livra à de violents mouvements convulsifs qui cessèrent tout à fait de se faire sentir à 10 heures.

La malade se coucha comme à son ordinaire, n'éprouvant aucun malaise, si ce n'est un peu de gêne à respirer à cause de l'énorme volume de son ventre ; rien ne s'était encore écoulé par la vulve. A minuit la malade fut éveillée par une violente douleur dans les reins et dans le ventre, avec grande envie d'uriner. A peine se fut-elle mise sur le vase, qu'un flot de sang noir coagulé s'échappa par la vulve. Elle nous dit avoir perdu environ un seau de sang : quatre fois son vase de nuit fut rempli jusqu'aux bords. Cet écoulement de sang cessa tout à fait à 6 heures du matin, heure à laquelle les eaux pures commencèrent à s'échapper.

La malade nous fait remarquer qu'à mesure que le sang s'échappait, le volume du ventre diminuait ; à son arrivée à l'hôpital, il était assez affaissé.

La malade est venue à pied à l'hôpital ; elle n'éprouve point de malaise et n'est nullement affaiblie ; ce qui prouve bien que cette abondante perte de sang ne venait point d'elle, mais bien du fœtus.

Examen de l'enfant, du placenta et des membranes. — L'enfant du sexe féminin est tout à fait décoloré ; il pèse 2 kilogs 80 ; longueur de l'occi-

put à la plante des pieds : 52 centimètres. Le cordon est flasque, tout à fait exsangue ; le peu de sang qu'il contient se trouve dans les artères ; la veine ombilicale est complètement vide.

Le cordon ombilical, long de 52 centimètres, présente l'anomalie suivante : au lieu de s'insérer sur la face fœtale du placenta, comme c'est l'ordinaire, il s'insère sur les membranes elles-mêmes, à 14 ou 15 centimètres du bord placentaire. A partir de ce point, les éléments du cordon se séparent et constituent deux troncs, l'un droit, l'autre gauche, qui rampent dans l'épaisseur des membranes jusqu'au placenta. Chaque tronc est composé d'une artère ombilicale et d'une veine ombilicale ; car la veine ombilicale, au point d'insertion du cordon sur la membrane, se divise en deux branches.

Tronc gauche. — L'artère et la veine qui constituent le tronc gauche marchent côte à côte dans l'étendue de 5 centimètres, sans se diviser ; à cette distance seulement, la veine d'abord et puis l'artère ombilicales se divisent et les branches, après s'être divisées elles-mêmes, arrivent sur le bord du placenta où elles se perdent en pénétrant dans son épaisseur après avoir rampé quelques instants sur la face fœtale.

L'une des branches veineuses, plus grosse que les autres, s'en sépare et se prolonge au loin dans l'épaisseur des membranes en longeant le rebord placentaire et se rapprochant du tronc droit dont elle n'est distante que d'un pouce, au moment où elle se plonge dans le placenta.

Les rameaux veineux qui entrent dans la composition de ce tronc gauche sont privés de sang ; leurs parois sont affaissées ; il en est de même à droite ; l'artère ombilicale et ses divisions contiennent, au contraire, une assez grande quantité de sang.

Tronc droit. — Les vaisseaux qui constituent le tronc droit restent accolés et sans nulle division depuis l'insertion du cordon aux membranes jusqu'au placenta ; arrivés sur le bord du placenta, ils se séparent et commencent à se diviser en branches, lesquelles après avoir longtemps rampé sur la face fœtale, se perdent en s'enfonçant dans le placenta. La veine ombilicale, avant de diminuer sensiblement de calibre, suit un long trajet sur la face fœtale et ne s'enfonce véritablement dans le placenta que dans le point opposé à celui par lequel elle arrive au bord de cet organe.

Cette veine et ses divisions ne contiennent pas une goutte de sang. Les membranes minces là où s'est faite leur rupture et au niveau de l'insertion du cordon ombilical, sont épaisses dans les autres points ; leur déchirure s'est faite entre les deux bifurcations des vaisseaux du cordon.

Sur le faisceau vasculaire droit, à 3 centimètres de l'insertion de ce dernier sur les membranes, on aperçoit autour des vaisseaux, et principalement du côté de la veine, dans l'étendue d'un pouce à un pouce et demi, une coloration d'un brun-jaunâtre, s'étendant sur la face externe des membranes qui semblent ecchymosées. Cette coloration est

due à du sang coagulé dont on peut enlever des lamelles de couleur briquetée assez épaisses.

Sur la moitié externe de la veine ombilicale, on trouve à la surface de sa paroi ce même dépôt de couches fibrineuses qui, soulevées dans un point, laissent voir une déchirure de la paroi veineuse, longue de 3 millimètres.

Le placenta ne présente rien d'extraordinaire, il a sa forme circulaire habituelle ; son diamètre est de 16 centimètres. Rien d'anormal soit dans la surface utérine soit dans la surface fœtale.

En résumé la grossesse de cette femme n'a rien présenté d'extraordinaire. Subitement à 8 heures du soir son ventre s'est gonflé d'une manière tout à fait anormale. Puis l'enfant se livre à de violents mouvements convulsifs et il cesse de remuer ensuite. La mère se couche avec un peu de dyspnée à cause de l'énorme volume de son ventre. A minuit elle est brusquement réveillée par une violente douleur dans les reins et dans le ventre avec grande envie d'uriner. Elle a à peine le temps de se mettre sur le vase et elle rend une énorme quantité de sang. Cet écoulement sanguin cessa à 6 heures du matin et les eaux commencèrent à s'échapper.

Dans ce cas la veine s'est ouverte avant la poche des eaux et l'hémorrhagie a eu lieu en dehors de l'œuf entre les membranes et l'utérus. L'auteur attribue l'hémorrhagie à une rupture spontanée de la veine par suite d'une affection de ses parois. Devilliers, chef de clinique de Dubois, met cette rupture sur le compte de la dilatation du col auquel la veine était adhérente.

A la suite de cette hémorrhagie l'enfant vient au monde, tantôt mort, tantôt présentant à peine quelques signes de vie. Dans ce dernier cas il ne tarde pas à succomber. Il est pâle et décoloré.

Les faits s'expliquent aisément. L'enfant n'a pas de raison de souffrir jusqu'à la rupture des membranes. Au

moment de la déchirure de l'œuf les vaisseaux se rompent et la vie de l'enfant s'écoule goutte à goutte avec son sang.

Mais la rupture d'un vaisseau du cordon dans son parcours sur les membranes entraîne-t-elle fatalement la mort. Peut-être l'enfant pourrait-il échapper à ce danger comme nous le laisse espérer la très instructive observation de Rivet (1) recueillie dans le service de M. Budin à la Charité.

OBSERVATION 33 (RIVET).

B... R..., âgée de 49 ans, couturière, entre le 6 juin 1893, à 10 heures du soir, dans le service d'accouchements.

Cette femme, d'une bonne santé habituelle, n'a jamais eu d'enfants.

La menstruation a toujours été régulière.

Les règles sont survenues pour la dernière fois au commencement du mois de novembre 1882. Elle serait donc, selon toute prévision, enceinte de six mois et demi à sept mois environ.

La grossesse n'a rien offert de particulier. A signaler seulement quelques vomissements dans les premiers mois, de légères tendances syncopales, un certain degré de somnolence. Il y a un mois, elle aurait eu une légère perte de sang survenue la nuit. La malade n'a d'autre explication à en donner qu'une chute qu'elle aurait faite la veille.

A son entrée à l'hôpital, la malade nous apprend qu'elle a senti les premières douleurs le 6 juin, vers neuf heures du matin ; la poche des eaux s'est rompue dans la soirée.

L'examen pratiqué au moment de l'entrée donne les particularités suivantes :

Le ventre est modérément développé.

Au palper, on constate une tension continue de la paroi utérine qui ne permet de reconnaître aucune partie fœtale. Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'auscultation ne fait entendre nulle part de bruits fœtaux.

Au toucher, on constate que la dilatation de l'orifice utérin est complète ; la poche des eaux est rompue et l'on sent une tête peu volumineuse engagée dans l'excavation pelvienne. La suture sagittale est dirigée suivant le diamètre oblique gauche (les pariétaux chevauchant fortement l'un sur l'autre), la fontanelle postérieure est située en avant et à gauche. On a donc affaire à une présentation du sommet en posi-

(1) *Archives de tocologie*, année 1883, page 513.

tion occipito-iliaque gauche antérieure. Les douleurs revenant à intervalles rapprochés, vers onze heures la tête apparaît à la vulve.

Vers 11 h. 15, la rotation s'effectue sous le doigt et presque aussitôt la tête se dégage.

La tête une fois sortie, l'occiput tourne vers la cuisse gauche et bientôt les épaules se dégagent, suivies presque aussitôt du tronc.

L'enfant, du sexe masculin, né violacé, était étendu entre les jambes de la femme, quand on voit la vulve se distendre de nouveau. Le toucher pratiqué alors permet de reconnaître une nouvelle poche des eaux annonçant qu'on avait affaire à une grossesse gémellaire.

Le cordon de l'enfant déjà sorti est alors lié en deux points et sa section pratiquée dans leur intervalle.

Quelques frictions excitantes à l'aide de linges chauds parviennent à ranimer le nouveau-né, qui se met à respirer régulièrement bien que faiblement. Son poids est de 1250 grammes. La mensuration du diamètre de sa tête donne les dimensions suivantes : diamètre occipito-frontal, 9 centimètres ; occipito-mentonnier, 10 centimètres ; diamètre bipariétal, 7 cent. 5 ; diamètre bi-temporal, 6 cent. 5 ; diamètre sous-occipito-bregmatique, 7 cent. 5. Une fois ces mensurations prises, on le place dans la couveuse.

Quelques minutes après la sortie du premier fœtus, une fois la présence d'un second fœtus reconnue, le toucher permet de constater que celui-ci s'engage également par le sommet ; la suture vaginale est située cette fois suivant le diamètre oblique droit ; la fontanelle postérieure en occupe l'extrémité antérieure.

En quelques contractions, la rotation s'effectue, et au moment d'une contraction plus énergique que les autres, la poche des eaux vient apparaître à la vulve qu'elle distend largement.

A ce moment (11 h. 30), celle-ci se rompt sous nos yeux et en même temps, de l'un des points des membranes largement rompues, nous voyons très nettement s'échapper un jet de sang ; puis, la tête du deuxième enfant vient émerger à la vulve qu'elle traverse avec facilité, bientôt suivie des épaules et du tronc. Le cordon est sectionné aussitôt.

Ce second fœtus est complètement pâle, décoloré, exsangue et ne respire pas. On procède pour le ranimer à quelques frictions excitantes, à des flagellations énergiques, à des immersions répétées à intervalles dans un bain chaud, puis enfin, tous ces moyens demeurant sans résultat, à l'insufflation à l'aide de l'insufflateur Ribemont. Au bout de dix minutes d'insufflation, quelques inspirations spontanées se produisent et bientôt la respiration s'établit régulièrement.

Ce deuxième enfant, du sexe masculin, pèse un peu moins que le précédent : 1,150 grammes. Aussitôt ranimé, il est placé dans une couveuse.

L'examen pratiqué après la sortie du deuxième fœtus, fait reconnaître à la vulve la présence de deux cordons répondant à chacun des

fœtus. Celui qui correspond au deuxième fœtus est entouré de membranes qui pendent jusqu'à la vulve et sur lesquelles on peut déjà reconnaître, par suite de l'insertion vélamenteuse du cordon, la présence des vaisseaux dont la rupture a été constatée. Sous l'influence de frictions et de pressions légères pratiquées sur le fond de l'utérus pendant un temps assez long, la masse placentaire finit par s'engager par la face fœtale, et vers minuit et demi, une heure environ après le dernier accouchement, quelques tractions légères exercées sur les deux cordons simultanément l'entraînent au dehors des organes génitaux.

Le délivre examiné alors présente les particularités suivantes : Il existe deux placentas distincts, complètement séparés par un pont de substance membraneuse. Le placenta du premier enfant présente une circonférence de 46 centimètres, un diamètre de 15 centimètres ; le placenta du deuxième enfant, une circonférence de 40 centimètres, un diamètre de 10 centimètres.

Ces deux placentas répondent à deux poches juxtaposées. Ces deux poches sont séparées par une cloison qui s'insère en partie sur le pont de substance membraneuse que nous avons signalée, en partie à la surface de l'un des placentas.

A chacun de ces placentas répond un cordon dont l'insertion est surtout digne d'être notée.

Le cordon du premier enfant, de 17 centimètres de longueur, présente une insertion marginale. Il s'insère sur le bord même du placenta à l'opposé de la cloison qui le sépare du placenta voisin.

Le cordon du deuxième enfant présente une insertion vélamenteuse. En effet, à 4 ou 5 centimètres du bord du placenta correspondant en un point également opposé à la cloison, le cordon se dissocie. Les trois vaisseaux qui s'en échappent gagnent le bord placentaire en rampant dans l'épaisseur des membranes. De ces trois vaisseaux, l'un gagne presque directement ce bord, les deux autres n'y arrivent qu'en décrivant de chaque côté du précédent un trajet légèrement oblique.

Entre le point d'insertion du cordon et le bord du placenta, les membranes, dans l'épaisseur desquelles rampent ces vaisseaux, sont rompues largement. De cette rupture résulte une division de trois vaisseaux en deux tronçons : un tronçon funiculaire, un tronçon placentaire.

La longueur du vaisseau moyen direct est de 4 cent. $\frac{1}{2}$ dont un centimètre pour le bout funiculaire, 3 cent. $\frac{1}{2}$ pour le bout placentaire.

Des deux vaisseaux obliques, l'un mesure 7 cent. $\frac{1}{2}$ dont : 3 centimètres pour le tronçon funiculaire, 4 cent. $\frac{1}{2}$ pour le tronçon placentaire ; l'autre mesure 8 centimètres appartenant en entier au bout funiculaire.

Dans la nuit même de l'accouchement, les deux enfants, dont nous avons déjà signalé la débilité, succombèrent : le premier enfant à deux heures dix du matin, le deuxième vers cinq heures.

La mère est restée dans le service jusqu'au 16 juin sans présenter aucun accident.

Interrogée au point de vue de l'époque prématurée de son accouchement, elle ne nous a signalé comme cause qu'une fatigue considérable éprouvée par suite des travaux excessifs dans les jours qui ont précédé l'accouchement. Elle n'a jamais présenté et ne présente aucune trace de syphilis.

Elle n'a pas connaissance de grossesses gémellaires dans sa famille.

Probablement l'enfant correspondant à l'insertion véhémente aurait survécu à l'hémorrhagie à cause de la rapidité de son expulsion sans sa débilité naturelle, car il est mort trois heures après le premier enfant, qui a succombé uniquement à sa faiblesse native sans avoir couru ce danger. En tous les cas cette observation nous dicte notre manière de faire en pareille occasion. Il nous faudra en semblable occurrence terminer au plus vite l'accouchement, comme nous le conseillait Lobstein, soit par la version soit par le forceps, si le col est complètement dilaté ou dilatable, bien entendu, et de la sorte nous aurons quelques chances de sauver la vie déjà très compromise des enfants placés dans cette cruelle impasse.

Comme nous avons pu nous en rendre compte l'hémorrhagie survient dans les insertions du cordon sur les membranes en rapport avec l'ouverture du col. Nous avons vu le danger de cette disposition, si la rupture de la poche se fait dans le sens des vaisseaux. Est-ce à dire que ces vaisseaux sont fatalement intéressés ? Les faits suivants nous prouvent le contraire :

OBSERVATION 34 (7 août 1885).

La femme B..., journalière, âgée de 37 ans, est entrée à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 7 août 1885 à 5 heures du matin. Bonne constitution et bassin normal. Fausse couche antérieure de 1 à 2 mois et trois enfants, venus par le sommet, élevés au sein par la mère : deux sont morts l'un à 10 mois, l'autre à 2 ans $1/2$; la mère

leur donnait à manger. Les règles reviennent habituellement tous les mois pendant 7 jours. Dernière apparition des règles le 5 octobre. Dans le neuvième mois de sa grossesse. Pas d'accident ni de complication. Apparition des premières douleurs le 7 à 2 heures du matin. Rupture spontanée des membranes à 4 heures du matin le 7 août en venant à l'hôpital. Dilatation complète à 5 heures du matin le même jour. La femme accouche spontanément à 6 h. 1/2 d'un enfant se présentant par le sommet en gauche antérieure. Le travail a duré 4 h. 1/2.

Fille de 2950 grammes.

Principaux diamètres. — Occipito-frontal, 11 1/2. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7 1/2. — Sous-occipito-bregmatique, 9 1/2.

Délivrance naturelle à 7 heures du matin. Placenta se présentant par son bord. Cordon inséré à la partie moyenne des membranes à égale distance des bords. Membranes entières et rompues entre les vaisseaux : 0/40. Liquide amniotique normal.

Le 15 août la mère quitte l'hôpital avec son enfant pesant 3000 gr.

OBSERVATION 35 (22 novembre 1885).

La femme V..., âgée de 21 ans, modiste, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 22 novembre 1885 à 11 h. 1/2 du soir. Elle a une bonne constitution et un bassin normal. Primipare. Elle a ses règles pendant trois jours tous les mois. Ses dernières règles sont du 4 février. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Elle a de l'œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. Les premières douleurs apparaissent le 22 octobre à 10 heures du matin. La poche des eaux se rompt le 22 à 10 heures du matin à la suite d'une chute sur le siège. La dilatation est complète à son arrivée. La rotation est faite. A 1 h. 40 du matin le 23 novembre M. Varnier applique le forceps sur ce sommet. Le travail a duré 13 h. 40.

Garçon vivant, pesant 2570 grammes.

Principaux diamètres. — Occipito-frontal, 12 1/2. — Occipito-mentonnier, 14 1/2. — Bi-pariétal, 10 1/2. — Bi-temporal, 8 1/2. — Sous-occipito-bregmatique, 10 1/2.

Délivrance naturelle à 2 h. 20 du matin. Le placenta se présente par son bord. Le cordon est vélamenteux avec deux circulaires lâches. Membranes 5/35. Rupture de la poche près d'un vaisseau. Liquide amniotique normal.

La mère sort avec son enfant le 12 décembre.

OBSERVATION 36 (5 décembre 1887).

La femme H..., domestique, âgée de 24 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 5 décembre 1887 à 6 heures du matin. Bonne constitution et bassin normal. Elle a eu en 1883 un enfant, à

terme; par le sommet, mort deux jours après sa naissance. Bien réglée tous les mois durant trois ou quatre jours. Dernières règles le 28 mars. Elle est enceinte de 8 mois. Aucun accident et aucune complication dans sa grossesse. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Apparition des premières douleurs le 4 décembre à 7 heures du soir. Les membranes se rompent spontanément au même moment. A son arrivée dans le service la dilatation est complète. Expulsion spontanée de l'enfant à 6 h. 1/4 du matin le 5 décembre. Le travail a duré 11 h. 1/4.

Garçon faible de 2100 grammes et de 43 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10. — Occipito-mentonnier, 12,2. — Bi-pariétal, 8,5. — Bi-temporal, 7,2. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Délivrance naturelle à 7 heures du matin. Le placenta, qui est normal, se présente par sa face fœtale. Deux circulaires du cordon avec insertion vélamenteuse. Rupture des membranes à ce niveau. Membranes entières 2/30. Liquide amniotique ?

La mère sort de l'hôpital bien portante le 14 décembre. Son enfant a une ophtalmie légère de l'œil gauche survenue la veille de son départ. Il pèse 2075 grammes.

OBSERVATION 37 (25 décembre 1887).

La femme G..., couturière, âgée de 29 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière à 6 h. 1/4 du soir le 25 décembre 1887. Bonne constitution. Bassin normal. Un accouchement antérieur à terme, spontané, par le sommet, d'un enfant élevé au biberon par sa grand'mère; bien portant. Bien réglée pendant 2 ou 3 jours. Dernières règles le 13 avril. Enceinte de 9 mois. Grossesse passée sans accidents. On a comme présentation un sommet en gauche antérieure. Apparition des premières douleurs le 25 décembre à 3 heures du soir. Rupture spontanée et prématurée des membranes le 24 à 11 heures du soir. La dilatation est complète à son arrivée. Expulsion spontanée à 7 heures du soir. Quatre heures de travail.

Fille de bonne santé de 3630 grammes et de 50 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,7. — Occipito-mentonnier, 13,5. — Bi-pariétal, 9,8. — Bi-temporal, 8,4. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Délivrance naturelle à 8 heures du soir. Hémorrhagie avant la délivrance. Le placenta se présente par son bord. Le cordon est inséré sur les membranes. Rupture spontanée des membranes près de l'insertion. Les membranes, qui sont entières, mesurent 0/30. Liquide amniotique ?

La mère et l'enfant sont bien portants à leur sortie le 5 janvier 1888.

OBSERVATION 38 (25 janvier 1888).

La femme G..., sans profession, âgée de 22 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 25 janvier 1888 à 5 heures du matin. Elle jouit d'une bonne santé et son bassin n'est pas vicié. Primipare. Bien réglée pendant 5 à 6 jours. Dernières règles le 25 mai. Elle est enceinte de 8 mois. Grossesse sans accidents. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Douleurs le 25 janvier 1888 à 2 heures du matin. Les membranes se rompent à la dilatation complète au moment de son arrivée. Expulsion spontanée une heure après. Quatre heures de travail.

Garçon, bien portant, pesant 2870 grammes et mesurant 49 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,2. — Occipito-mentonnier, 12,8. — Bi-pariétal, 9,2. — Bi-temporal, 8,2. — Sous-occipito-bregmatique, 9.

Délivrance naturelle à 6 h. 1/2. Hémorrhagie avant la délivrance.

Le placenta, qui est normal, se présente par sa face utérine. Insertion vélamenteuse du cordon à 5 centimètres du placenta. Rupture spontanée des membranes à ce niveau près d'un vaisseau. Les membranes sont entières et mesurent 2,37. Liquide amniotique ?

Mère et enfant en bonne santé à leur sortie 4 février.

OBSERVATION 39 (1354-1893).

La femme Q..., domestique, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 8 heures du matin le 14 septembre 1893. Elle a déjà eu cinq attaques de rhumatisme. Un accouchement antérieur à terme d'un garçon mort à un an de la variole. Régulée à 48 ans. Elle ne sait pas l'époque de ses dernières règles. Elle a comme hauteur de l'utérus 34 centimètres. Grossesse à terme. Pas d'albumine dans les urines. Cette femme a le facies aortique. Son cœur est hypertrophié. La pointe bat dans le sixième intercostal gauche un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. L'aorte est dilatée. On la sent au niveau de la fourchette sternale et elle déborde environ de deux travers de doigt le bord droit du sternum. Dans les vaisseaux du cou animés de battements transmis à toute la région sous-hyoïdienne on constate un double souffle et un frémissement vibratoire plus prononcé à droite. Pouls de Corrigan. Pouls capillaire sous-onguéal. Double souffle crural. L'auscultation du cœur révèle un souffle diastolique à la base et le premier bruit n'est pas bien frappé. L'examen obstétrical de cette femme nous montre un bassin normal et une présentation du sommet en gauche antérieure. Enfant vivant. Début du travail à 2 h. 30 du matin le 14 septembre. Début de la dilatation à 10 h. 30 du matin le 14 septembre. Dilatation complète à 3 h. 10 du soir. Les membranes se sont rom-

pues prématurément. Expulsion du fœtus à 3 h. 55 du soir. Durée du travail 13 h. 25.

Fille de 3260 grammes et de 49 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 13,5. — Bi-pariétal, 8,2. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9.

Délivrance naturelle à 4 h. 35 du soir le 14 septembre. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Ovalaire. 550 grammes. Cotylédons supplémentaires multiples. Membranes complètes 34/5. Rupture des membranes contournant deux vaisseaux et les deux extrémités de ces vaisseaux allant rejoindre un cotylédon isolé. Insertion valémenteuse du cordon au premier degré. Longueur 71 centimètres. Deux circulaires autour du cou. Liquide amniotique verdâtre.

L'enfant est envoyé en nourrice à Asnières. Mère en bonne santé à son départ le 25 septembre.

Nous tirerons de ces observations des déductions pratiques sur la façon de rompre la poche des eaux en présence d'une insertion vélamenteuse vis-à-vis de l'orifice de l'utérus. Il faudra tâcher d'imiter la nature et de pratiquer la rupture entre les vaisseaux.

Est-il encore nécessaire à cet effet de diagnostiquer la disposition vicieuse des vaisseaux sur les membranes ! La chose n'est pas impossible. On sent quelquefois dans ce cas des cordons sur les enveloppes de l'œuf. Ils peuvent atteindre le volume d'une plume de corbeau. Benckiser, Ricker, Hecker les ont signalés dans leurs observations. J. Halliday Croom (1) a pu faire de la sorte le diagnostic d'insertion vélamenteuse avant l'examen de l'arrière-faix. Du reste voici le fait :

OBSERVATION 40 (HALLIDAY CROOM).

Madame H..., multipare, entre en travail le dimanche 24 octobre. Le Dr Machattie, mon interne actuel de la Maternity Hospital, m'envoya chercher parce que le cas lui paraissait présenter quelque chose d'anormal. A l'examen, je trouvai le col bien dilaté, les membranes non rompues et trois cordons distincts courant sur elles. Au-dessus et

(1) *Loc. cit.*

en dedans des membranes on pouvait sentir plusieurs replis du cordon ombilical flottant libre dans le liquide amniotique. La tête était élevée et inaccessible. L'abdomen de la femme était pendulum. Après avoir examiné soigneusement les choses nous nous rendîmes compte que les vaisseaux étaient bien séparés et que le bord du placenta pouvait être senti en bas sur le côté gauche du col de l'utérus. On porta le diagnostic d'insertion vélamenteuse avec prolapsus d'un ou deux replis du cordon et un léger degré de placenta prævia. Une légère hémorragie se produisit sur le bord du placenta. Nous attendîmes jusqu'à la dilatation complète. Comme la femme était une multipare et n'avait aucune cause de dystocie pelvienne et vu que la tête était trop élevée pour être facilement atteinte avec le forceps, nous résolûmes de faire la version. Je rompis les membranes entre deux contractions et exactement entre les vaisseaux puis je fis la version et l'extraction assez facilement. L'enfant était vivant. Le point intéressant réside dans ce fait que l'insertion du cordon était vélamenteuse. Les vaisseaux couraient pendant quelque temps sur les membranes avant de s'insérer sur la marge du placenta. Les veines étaient très entortillées. A l'endroit où les deux troncs principaux de la veine ombilicale se rejoignaient, il y avait une rupture causée par ma main dans la version ou l'extraction du fœtus. Cela a pu arriver au moment de la rupture des membranes. L'écoulement de sang ne se produisit qu'à l'introduction de ma main dans l'utérus. Le cordon avait 24 pouces de long. Il était marginal.

Seulement on peut confondre cette disposition avec une procidence du cordon.

Dans les deux cas on percevra par le toucher des pulsations isochrones au pouls fœtal. Mais si l'on a affaire à une implantation vélamenteuse la partie pulsante est immobile et comme incrustée dans les membranes ; dans le cas contraire elle est noueuse et fuit sous le doigt.

N'est-on pas exposé à une autre erreur, au début du travail, au moment où l'orifice du col est situé fort en arrière et inaccessible au doigt ? Le segment inférieur est quelquefois excessivement mince, comme le fait remarquer Mme Lachapelle, et souvent, phénomène extrêmement fréquent, quelques artères peuvent ramper dans ses parois. Au premier abord on pourrait prendre cette partie de l'u-

térus pour la poche des eaux et le pouls vaginal pour les battements des vaisseaux anormalement insérés du cordon. On évitera la méprise si l'on se rappelle la différence de rythme des pulsations artérielles chez l'adulte et chez le fœtus. Jamais, à moins de fièvre de la plus grande violence, les battements des artères de la mère n'égalent en rapidité ceux du fœtus.

Les mêmes considérations serviront à différencier les battements des vaisseaux du cordon dans leur insertion vicieuse avec le pouls de son propre doigt dans le toucher.

Ainsi nous pourrions parfois constater la présence des vaisseaux sur l'œuf à travers l'orifice du col de l'utérus et il nous sera possible de prévenir leur déchirure en faisant une rupture artificielle et raisonnée des membranes.

Heureusement nous aurons rarement l'occasion de mettre à profit ces faibles ressources de l'art, car le plus souvent l'implantation vélamenteuse est située au point diamétralement opposé à l'ouverture de la poche. Grâce à cette disposition les vaisseaux ne sont pas souvent intéressés et on compte les cas d'hémorrhagie dûs à cette cause dans la littérature médicale. Hugues en relate seulement un exemple sur 42 observations. A notre tour nous produisons 133 observations de cette anomalie du cordon et nous avons le bonheur de ne citer aucun accident de cette nature.

On ne regardera pas cette hémorrhagie comme venant des parties maternelles, car dans cette circonstance l'état général de la femme reste bon. De plus la perte sanguine commencera à couler le plus souvent avec le liquide amniotique à la rupture des membranes. En même temps les bruits du cœur qu'on entendait d'une façon très distincte quelques minutes avant cet accident s'affaiblissent peu à

peu et finissent par disparaître ; de son côté la mère ne perçoit plus les mouvements du fœtus. Enfin si l'écoulement sanguin se produisait avant l'ouverture de la poche comme dans le cas de Lemaestre, les modifications des bruits du cœur de l'enfant feront faire le diagnostic en l'absence des phénomènes accompagnant habituellement les hémorrhagies graves chez la femme entre la perte du sang causée par les insertions vicieuses du cordon et le décollement prématuré du placenta.

Compression des vaisseaux.

Pour avoir échappé au danger de l'hémorrhagie, le fœtus n'a pas encore la vie sauve. Il est exposé aux risques de la compression des vaisseaux. Après avoir étudié avec soin nos observations, nous en avons trouvé une petite série, où l'on pouvait suivre comme pas à pas l'état de souffrance du fœtus en cette circonstance.

Si la compression est légère, il rend son méconium et après son expulsion il commence à respirer aussitôt comme le font voir les faits ci-joints :

OBSERVATION 41 (820-1890).

La femme X..., plumassière, entre à la clinique Baudelocque le 8 septembre 1890. Elle n'a jamais fait de maladie. Elle ne sait pas à quel âge elle a marché ; mais l'angle sacro-vertébral de son bassin est accessible. Un accouchement antérieur à terme d'un enfant vivant venu par le siège et mort un an après. Père différent pour l'enfant, dont elle est enceinte. Elle ne sait pas quand elle a été réglée. Ses règles sont régulières. La dernière apparition de ses règles remonte au 23 novembre 1889. Apparition des mouvements actifs en mars 1890. Hauteur de l'utérus 30 cent. Enceinte de 9 mois environ. Cette grossesse n'a pas été troublée par des accidents. Pas d'albumine dans les urines. Le fœtus se présente par l'extrémité céphalique et le dos est à gauche. Les bruits du cœur s'entendent de ce côté au-dessous de l'ombilic. Le 10 septembre à 11 h. 30 du matin, introduction de l'excitateur Tarnier. A 8 h. 1/2

du soir, expulsion du ballon. Col long et extrêmement dilaté. Douleurs très espacées et légères jusqu'à 12 h. 30 du matin le 11 septembre. A 2 h. 30 du matin le 11 septembre, dilatation comme une paume de main. Douleurs très intenses et fréquentes. La tête commence à s'engager. Membranes intactes. Battements du cœur du fœtus très bons. Dilatation complète à 3 h. 1/2 du matin le 11 septembre 1890. Rupture des membranes à 6 h. 10 du matin le 11 septembre 1890. Expulsion du fœtus cinq minutes après.

Fille de 2870 grammes et de 47 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : occipito-frontal, 11.6. — Occipito-mentonnier, 13.1. — Bi-pariétal, 9.1. — Bi-temporal, 7.8. — Sous-occipito-bregmatique, 9.4.

Délivrance naturelle à 7 heures du matin. Le placenta a présenté sa face utérine. Circulaire. 640 grammes. Membranes paraissant complètes, 29/12. Insertion vélamenteuse du cordon, qui est long de 61 centimètres. Liquide amniotique verdâtre.

La mère a eu des crevasses aux deux seins. Pansement.

Sortie de la mère le 29 septembre. Son enfant pèse à son départ 3250 grammes.

OBSERVATION 42 (1184-1890).

La femme X..., couturière, entre au dortoir de la clinique Baude-locque le 4 décembre 1890. Elle n'a jamais été malade. Deux accouchements antérieurs par le forceps d'enfants vivants se présentant par le sommet. Réglée à 14 ans et depuis régulièrement. Dernières règles le 13 mars 1890. Mouvements actifs en juillet. Hauteur de l'utérus 40. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse, qui n'a pas présenté d'accidents. Le 9 décembre on a trouvé de l'albumine dans ses urines. L'examen général de cette femme révèle un souffle léger au premier temps à la pointe. Son bassin est vicié. Diamètre P.S.P. 10 cent. 5. Epines sciatiques très saillantes, surtout la droite qui est recourbée en crochet en dedans. Ventre en obusier. Le fœtus a la tête en bas et le dos à droite. Pas d'engagement. Auscultation à droite et au-dessous de l'ombilic.

La femme entre à la salle de travail le 15 décembre. A 10 h. 45 du matin introduction du ballon Champetier par M. Pinard. A 4 h. 30 M. Lepage enlève 45 grammes de liquide. A 5 h. 15 dilatation complète. M. Lepage retire le ballon à 5 h. 30. Tête dans la fosse iliaque droite. La version externe ne peut être faite à cause des contractions énergiques et incessantes de l'utérus. La poche des eaux se rompt tout d'un coup. Le bras droit tombe dans le vagin. Présentation de l'épaule droite, dos en arrière. Version par manœuvres internes et extraction du fœtus à 5 h. 55 du soir. C'est une fille de 2540 grammes et de 46 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,3. — Occipito-mentonnier,

11,8. — Bi-pariétal, 9,4. — Bi-temporal, 8,5. — Sous-occipito-bregmatique, 10,1.

Le placenta fut expulsé aussitôt après l'extraction de l'enfant. Légère perte de sang une heure après la délivrance. Le placenta pèse 430 grammes. Membranes complètes 11/33. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 46 centimètres. Liquide amniotique verdâtre.

Mère et enfant sortent bien portants le 28 décembre.

OBSERVATION 43 (1505-1891).

La femme T..., domestique de ferme, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 21 novembre 1891 à 6 h. 1/2 du matin. Elle présente une légère claudication de la jambe gauche depuis une fièvre qu'elle aurait eue à l'âge de 15 ans. Mouvements de l'articulation de la hanche normaux. Pas de raccourcissement ni d'atrophie du membre inférieur gauche. Mais la face antérieure du sacrum était plus accessible que d'habitude. On arrivait aussi peut-être mieux sur les parties à droite qu'à gauche. On rencontre des irrégularités au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite. Le toucher du bassin est douloureux. Cette femme n'avait jamais eu d'enfant. Elle a eu ses premières règles à 18 ans et depuis elle est bien réglée. Date des dernières règles vers le 20 février. Apparition des mouvements actifs en juin. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Depuis le 18 septembre elle était au dortoir de la clinique. Elle était arrivée avec une présentation du siège. M. Potocki avait fait la version par manœuvres externes. On avait trouvé un col faisant une saillie à peine accusée dans la cavité vaginale avec un orifice fermé, gros comme une tête d'épingle. Ce col était dur. Il était situé en arrière et à droite. Depuis le 21 septembre jusqu'au 20 octobre les urines n'ont pas été albumineuses. Le 4 novembre la femme présenta de l'œdème sus-pubien et des membres inférieurs. On trouvait un gros œuf. Il y avait de l'hydramnios. Le 21 novembre on releva de l'albumine dans les urines. Le même jour la poche des eaux se rompt à 5 heures du matin. Les premières douleurs avaient débuté à minuit. A la visite de 9 heures, malgré des douleurs déjà vives, l'orifice externe du col reste difficile à sentir et complètement imperméable au doigt. Au spéculum l'orifice paraît punctiforme. Le liquide amniotique qui s'écoule en quantité notable est coloré en jaune verdâtre par du méconium. Battements du cœur bons. Tête amorcée au détroit supérieur et le palper mensurateur permet de dire à M. Pinard que la tête passera à frottement. M. Pinard introduit dans le col pour forcer l'orifice externe le cathéter Tarnier. Aussitôt après l'orifice admet l'extrémité de l'index. Début de la dilatation à 11 heures du matin. A 5 h. 1/2 du soir la dilatation était de la grandeur d'une pièce de 2 francs, la tête profondément amorcée. Les contractions augmentent de fréquence et d'intensité et à 8 heures du soir la dilatation est com-

plète. Comme les bruits du cœur du fœtus se sont modifiés et attendu que son état devient inquiétant, on applique le forceps. Le fœtus se présentait en droite transversale. Deux premières applications restèrent infructueuses parce qu'on avait introduit l'instrument comme pour une gauche. A la troisième on est plus heureux et on parvient à extraire sans lésion du périnée un enfant vivant.

Garçon de 2910 grammes et de 47 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10,7. — Occipito-mentonnier, 13,7. — Bi-pariétal, 8,7. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 8,9.

Expulsion spontanée du placenta à 9 h. 30 du soir. Le placenta se présente par sa face fœtale. Il est ovalaire et a un poids de 480 grammes. Sans lésions. Membranes complètes 25/16. Insertion vélamenteuse du cordon, qui a une longueur de 65 centimètres. Liquide amniotique vert.

La mère et l'enfant quittent la clinique en bonne santé le 12 décembre.

OBSERVATION 44 (545-1892).

La femme T..., journalière, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 20 avril 1892 à 11 heures du matin. Pas de maladies depuis sa naissance. Bassin normal. Un accouchement antérieur à terme, par le sommet, d'un enfant vivant. Régliée à 15 ans. Date des dernières règles du 1^{er} au 5 juillet. Apparition des mouvements actifs au mois de novembre 1891. Hauteur de l'utérus 38 centimètres. Elle est à terme. Pas d'accidents à signaler dans sa grossesse. Les urines ne renferment pas d'albumine. Le fœtus se présente par le sommet en droite transversale. Auscultation à droite au-dessous de l'ombilic. Début du travail le 20 avril 1892 à 9 heures du matin. A son entrée dans le service, vers 11 heures, dilatation complète; tête très élevée; on la baisse et on la fixe. Les membranes sont à la vulve et se rompent quand on touche. L'orifice revient sur lui-même et la dilatation n'est complète qu'à 2 h. 15. Expulsion du fœtus à 2 h. 20 du soir. Le travail a duré 5 h. 20.

Garçon pesant 3460 grammes et long de 50 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 14,1. — Bi-pariétal, 9,9. — Bi-temporal, 8,2. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Expulsion spontanée du placenta à 2 h. 25 du soir le 20 avril 1892. Le placenta pèse 660 grammes. Les membranes sont déchirées mais complètes. Premier degré d'insertion vélamenteuse du cordon, qui est long de 64 centimètres. Quatre circulaires serrés autour du cou. Liquide amniotique vert.

La mère quitte la clinique le 30 avril 1892. L'enfant est vivant.

OBSERVATION 45 (1438-1892).

La femme G..., domestique, âgée de 31 ans, entre, à 4 h. 1/2 du soir le 6 octobre 1892, à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle n'a jamais été malade. Son bassin est normal. Un accouchement antérieur, spontané, à terme, d'un enfant vivant. Réglée à 11 ans 1/2. Depuis régulièrement. Date des dernières règles du 7 au 10 janvier 1892. Apparition des mouvements actifs vers le 20 mai. Hauteur de l'utérus, 33 centimètres. Enceinte de 8 mois 1/2. Pas d'accidents dans sa grossesse. L'enfant se présente par le sommet en droite postérieure. Début du travail, 3 heures du soir le 6 octobre. Rupture des membranes à son entrée au moment où on pratique le toucher. Dilatation complète le 6 octobre à 4 h. 55. Accouchement spontané à 5 h. 1/4 du soir le même jour. Durée totale du travail, 2 h. 15. Après l'expulsion de l'enfant, issue d'une quantité notable de liquide amniotique teinté de méconium.

Fille pesant 2770 grammes et mesurant 47 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.6. — Occipito-mentonnier, 12.9. — Bi-pariétal, 9.5. — Bi-temporal, 7.6. — Sous-occipito-bregmatique, 9.6.

Délivrance naturelle à 6 h. 1/4 le 6 octobre. Le placenta se présente par son bord. Forme irrégulière. Poids, 440 grammes. Sans altération. Insertion vélamenteuse du cordon. Longueur, 40 centimètres. Circulaire autour du cou passé au-dessus de la tête. Membranes, 11/24 ? Incomplètes. Liquide amniotique verdâtre.

Sortie de la mère le 18 novembre 1892. Poids de l'enfant, 2980 gr.

OBSERVATION 46 (231-1893).

La femme D..., mécanicienne, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 17 février 1893 à 5 heures du soir. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Premières règles à 15 ans, toujours régulières dans la suite. Date des dernières règles du 17 au 22 mai. Apparition des mouvements actifs en octobre. Hauteur de l'utérus 30 centimètres. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Elle a eu des vomissements continuels dans les trois premiers mois et intermittents à la fin de sa grossesse. Pas d'albumine dans les urines. Présentation du sommet en droite transversale. Auscultation à droite. Début du travail à 6 heures du soir le 16 février. La tête s'engage en droite postérieure. La dilatation est complète à 7 h. 30 du matin le 18 février. La parturiente avait perdu les eaux huit jours avant son entrée dans le service. Expulsion du fœtus à 8 heures du matin le 18 février. Durée totale du travail 38 heures.

Fille de 2250 grammes et de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-menton-

nier, 12.4. — Bi-pariétal, 8.2. — Bi-temporal, 7.5. — Sous-occipito-bregmatique, 8.2.

Délivrance naturelle à 10 heures du matin le 18 février. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Discoïde. 340 grammes. Deux ou trois foyers hémorragiques anciens très nets. Membranes complètes 34/6. Insertion vélamenteuse du cordon, long de 28 centimètres. Après l'expulsion du fœtus, le liquide amniotique sortant est verdâtre.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé le 27 février 1893.

OBSERVATION 47 (242-1894).

La femme R..., domestique, âgée de 31 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 11 février 1894 à 6 h. 45 du matin. Jamais elle n'a été malade. Son bassin est normal. C'est une primipare. Premières règles à 14 ans; règles toujours régulières. Date de la dernière apparition des règles du 1^{er} au 4 mai. Cette femme est à terme. Pas d'accidents durant sa grossesse. Ses urines ne contiennent pas d'albumine. Présentation du sommet en gauche antérieure. Les bruits du cœur s'entendent à gauche et au-dessous de l'ombilic. Début du travail à 8 heures du soir le 10 février? Début de la dilatation le 11 février à 8 h. 30 du matin. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète à 5 h. 30 du soir. Expulsion du fœtus à 7 h. 10 du soir. Durée du travail 23 h. 10?

Garçon de 3030 grammes et de 47 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13,5. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 8,7.

Délivrance par expression française à 8 h. 15 du soir. Le placenta s'est présenté par son bord. Irrégulier. 380 grammes. Membranes incomplètes. Insertion vélamenteuse du cordon, long de 56 centimètres. Liquide amniotique verdâtre.

Céphalématome le deuxième jour.

Le 22 février, la mère et l'enfant quittent la clinique en bonne santé.

OBSERVATION 48 (1021-1895).

La femme C..., domestique, âgée de 29 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 22 juin 1895 à 11 h. 45 du matin. Elle a eu la rougeole à 12 ans. Bassin normal. Un accouchement antérieur à terme, spontané, par le sommet, d'un enfant nourri par la mère pendant huit mois, ensuite par sa sœur au biberon et bien portant actuellement. Même père pour cette grossesse et la suivante. Régulée pour la première fois à 15 ans et depuis toujours bien. Dernières règles fin août. Mouvements actifs perçus en janvier. Hauteur de l'utérus 33 centimètres. Cette femme est dans le 9^e mois de sa grossesse. Pas d'accidents. Pas d'albumine dans les urines. Sommet en gauche antérieur.

Début du travail à 10 heures du matin 22 juin. La femme a perdu les eaux à son arrivée dans le service et la dilatation est complète. Accouchement spontané à 12 h. 50 du matin le 22 juin après 2 h. 50 de travail.

Fille de 2980 grammes et de 49 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,4. — Occipito-mentonnier, 13,3. — Bi-pariétal, 9,6. — Bi-temporal, 8,5. — Sous-occipito-bregmatique, 10,7.

Délivrance par expression française à midi 35. Placenta se présentant par sa face fœtale. Discoïde. Poids 460. Sans lésions. Insertion vélamenteuse du cordon. Longueur 50 centimètres. Membranes 36/16 complètes. Liquide amniotique vert.

Sortie de la mère le 2 juillet 1895. L'enfant pèse alors 3230.

OBSERVATION 49 (1227-1892).

La femme B..., domestique, âgée de 26 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 2 h. 1/2 du soir le 22 août 1892. Elle n'a jamais été malade. Son bassin est normal. Primipare. Régulée pour la première fois à 15 ans et depuis régulièrement. Dernière apparition de ses règles du 6 au 8 novembre. Hauteur de l'utérus 33 centimètres. Cette femme est dans le 9^e mois de sa grossesse. Elle dit avoir perdu du sang régulièrement tous les mois pendant les quatre premiers mois de sa grossesse. Pas d'albumine dans ses urines. Sommet en gauche antérieure. Elle entre en travail le 22 août à 5 heures du soir. Les membranes se rompent à la dilatation complète à 5 h. 1/4 du matin le 23 août. Accouchement spontané à 6 h. 25 du matin le même jour. Durée totale du travail 13 h. 25.

Garçon pesant 3010 grammes et mesurant 49 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,8. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9,3. — Bi-temporal, 8,1. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance naturelle à 8 h. 1/2 du matin le 23 août. Le placenta se présente par sa face fœtale. Circulaire. Poids 580. On trouve un cotylédon séparé large comme une paume de main. Le cordon a une insertion vélamenteuse. Il mesure 35 centimètres. Deux vaisseaux vont à la masse principale du placenta et un au cotylédon séparé. Membranes 32/10. Liquide amniotique vert.

L'enfant pèse 3350 grammes à la sortie de la mère le 2 septembre 1892.

On pourra trouver encore trois faits de cette nature à notre chapitre de l'accouchement prématuré et dans le paragraphe précédent.

Dans d'autres occasions où la compression a été plus

forte, le fœtus, après avoir rendu son méconium, naît en état de mort apparente.

Témoin les observations suivantes :

OBSERVATION 50 (1596-1891).

La femme D..., dévideuse de soie, entre à la clinique Baudelocque le 6 novembre 1891 et le 13 décembre vers les 2 heures du soir à la salle de travail. Elle a eu une bronchite à 8 mois. Actuellement elle a un souffle systolique à la pointe, se prolongeant vers l'aisselle, et présente des symptômes fonctionnels. Convexité antéro-interne du tibia un peu prononcée. Squelette infantile. Petit promontoire accessible avec deux doigts. Molluscum de la grande lèvre droite remontant à 6 ans. Au début il était gros comme une lentille. Pendant le cours de sa grossesse la tumeur prit beaucoup de développement, car elle est actuellement de la grosseur d'une petite poire. Primipare. Régulée à 16 ans $1/2$ et depuis très irrégulièrement. Dernière apparition des règles, le 8 février 1891. Apparition des mouvements actifs en juillet. Hauteur de l'utérus à son entrée dans le service, 27 centimètres. Enceinte de 9 mois. Pas d'albumine. Pas d'accident ni de complication. Début du travail le 13 décembre à midi. Rupture des membranes à la dilatation complète le 13 décembre à 7 heures du soir. Expulsion à 7 h. 45 d'un enfant se présentant par le sommet en droite postérieure et se dégageant en occipito-pubienne. Durée du travail, 7 h. 45.

Garçon de 2300 grammes et de 44 centimètres. Tête peu ossifiée.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.4. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 8.7. — Bi-temporal, 7.7. — Sous-occipito-bregmatique, 8.7.

Presque aussitôt après l'expulsion et pendant qu'on était occupé à ramener l'enfant, la femme expulse spontanément le placenta. Il est circulaire. Il pèse 385 grammes. Insertion vélamenteuse du cordon mesurant 51 centimètres. Deux circulaires lâches autour du cou du fœtus. Membranes complètes 26/10. Liquide amniotique vert, normal comme quantité.

Mère bien portante à sa sortie le 25 décembre 1891. Enfant pesant 2270 grammes.

OBSERVATION 51 (498-1892).

La femme P..., domestique, âgée de 26 ans, entre à 11 h. $1/2$ du matin le 11 avril 1892 à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle a eu la fièvre intermittente à l'âge de 15 ans. Son bassin est normal. Primipare. Premières règles à 17 ans. Cette femme ignore l'époque de ses dernières règles. Elle a 28 centimètres comme hauteur de l'utérus. Elle est enceinte de 7 à 8 mois. Pas d'albumine dans ses urines. L'enfant se présente par le sommet en droite transversale. Aus-

cultation à droite et au-dessous de l'ombilic. Les membranes se rompent spontanément et prématurément le 11 avril à 9 heures du matin. Début du travail le même jour à 11 h. 1/2. La dilatation commence à 5 1/2 du matin le 12 avril. Dilatation complète à 8 heures du matin. Expulsion du fœtus à 8 h. 5, après un travail de 20 h. 35.

Garçon de 1820 gr. et de 44 centimètres. Né en état de mort apparente. Ranimé sans insufflation. Mis dans une couveuse. Il fallut vingt minutes de soins pour que l'enfant pût respirer assez régulièrement. Il se porta mal dans la suite. Le 20 avril, il vomit du sang et eut du méلœna en abondance.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10.3. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 8.5. — Bi-temporal, 7.3. — Sous-occipito-bregmatique, 8.7.

Expulsion spontanée à 8 h. 45 du matin le 12 avril. Placenta se présentant par sa face fœtale. Irrégulier. Il pèse 300 grammes. Membranes complètes 26/9. Le liquide amniotique était vert à l'arrivée de la femme. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 380 centimètres.

L'enfant est dans un mauvais état à la sortie de la mère le 23 avril 1892.

OBSERVATION 52 (951-1892).

La femme T..., journalière, âgée de 25 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque, le 30 juin 1892 à 11 h. 45 du soir. Elle n'a jamais fait de maladie. Son bassin est normal. Primipare. Ses premières règles sont venues à 12 ans. Elle les a eues pour la dernière fois du 15 au 18 octobre 1891. Elle a senti remuer son enfant en février. Hauteur de l'utérus 35 centimètres. Elle est enceinte de 8 mois 1/2. Le 30 octobre 1891 elle a eu une perte de sang abondante. On lui trouve de la vaginite granuleuse et des végétations nombreuses à la vulve. Il y a de l'albumine dans ses urines. L'enfant se présente par le sommet en droite postérieure. On perçoit les bruits du cœur à droite au-dessous de l'ombilic. Les premières douleurs apparaissent le 30 juin à 11 heures du soir. Début de la dilatation à 6 heures du matin le 1^{er} juillet. A ce moment rupture spontanée des membranes. Dilatation complète à 11 heures du matin. Expulsion du fœtus à 12 h. 15. Durée totale du travail 13 h. 15.

Garçon de 2280 grammes et de 46 centimètres. Il naît en état de mort apparente, ayant commencé à perdre son méconium. Il fut rapidement ranimé. Il meurt le 3 juillet 1892 à 5 heures du matin.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.2. — Occipito-mentonnier, 12.3. — Bi-pariétal, 8.6. — Bi-temporal, 8.3. — Sous-occipito bregmatique, 9.4.

Délivrance naturelle à midi 45 le 1^{er} juillet. Le placenta s'est présenté par son bord. Discoïde. Poids de 430 grammes. A la coupe du placenta, on remarque de nombreux foyers hémorrhagiques de tous

les âges, anciens et récents. Membranes complètes. Insertion vélamenteuse ~~du~~ cordon long de 58 centimètres.

La mère quitte l'hôpital en bonne santé.

Enfin si la compression a intercepté la circulation entre les vaisseaux maternels et fœtaux, l'enfant succombe pendant le travail. Voici deux cas, l'un de grossesse simple, l'autre de grossesse double, où cet accident arriva :

OBSERVATION 53 (1269-1895).

La femme M..., cuisinière, âgée de 38 ans, est admise à l'Asile Mi-chelet vers le 15 juin 1895 en attendant le terme de sa grossesse. Elle est amenée le 30 juillet à la clinique Baudelocque, où on la met au dortoir. Enfin elle entre à la salle de travail le 4 août à 12 h. 30 du soir. Elle est d'une bonne constitution. Elle dit avoir fait seulement comme maladie l'influenza en 1894. Son bassin est normal. Primipare. Régulée pour la première fois à 12 ans, elle l'a toujours bien été depuis. Les dernières règles datent du 10 au 14 novembre 1894. Elle est enceinte de 8 mois 1/2. Sa grossesse s'est passée sans encombre. Elle aurait eu de l'albumine dans ses urines. On n'en trouve pas au moment de l'accouchement. Cette parturiente avait perdu les eaux avant son entrée à la salle de travail depuis 12 heures environ. La paroi de son ventre est très tendue. Au palper on sent un sommet engagé en gauche antérieure et deux pôles en haut. On entend deux foyers d'auscultation, un à gauche au-dessous de l'ombilic et l'autre à droite très élevé. Au toucher col incomplètement effacé, dur, légèrement œdématié.

A 7 heures les battements cardiaques sont bons, ceux de gauche un peu sourds.

A 11 h. 1/4 vomissements bilieux. Frissons assez violents. Température 38°3.

A minuit 1/2 les battements du cœur ne s'entendent plus à gauche. A droite ils sont excessivement rapides, 185. Au toucher, col œdématié. Sa dilatation n'atteint pas la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50. Contractions douloureuses de plus en plus fréquentes.

A 12 h. 50, battements du cœur à droite moins rapides (164) mais plus sourds.

A 1 h. 20, battements s'élevant à 140 et bien frappés. Douleurs se répétant à chaque instant.

A 2 h. 20, battements remontant à 175.

A 4 heures, contraction sans interruption. Battements bons. Dilatation comme une pièce de 2 francs. L'œdème du col a diminué.

A 5 h. 20 contractions très violentes. Dilatation de la grandeur d'une pièce de 5 francs. Perte de méconium. Température, 36°8.

A 8 heures, battements très sourds.

A 10 h. 40 du matin, 5 août, la parturiente est examinée par M. Pinard. La dilatation n'a pas progressé. Les contractions sont aussi fréquentes et aussi fortes. L'auscultation ne donne aucun résultat à gauche. A droite on entend à peine quelques battements très sourds. Pour ces motifs M. Pinard se décide à faire une application de forceps. Il n'est pas possible, en effet, de songer à un ballon Champetier, car la tête est très engagée et appuie très fortement sur le segment inférieur. Application en occipito-pubienne après avoir fait tourner la tête avec la main engagée dans le vagin. Tractions soutenues. Avant le moment où la fontanelle antérieure va apparaître, on désarticule. On fait pousser la femme. Dégageant des bosses pariétales. Déflexion. On pince le cordon et on le coupe.

Le deuxième fœtus se présente par le siège. La main introduite dans le vagin sent une volumineuse poche des eaux. On en fait la rupture. Le liquide s'écoule noir. M. Pinard abaisse un pied et termine rapidement le second accouchement par la manœuvre de Mauriceau.

Le premier fœtus est mort et présente plusieurs phlyctènes, ce qui indique bien que l'heure de sa mort est très probablement celle (minuit 1/2), où les battements du cœur à gauche ont cessé de se faire entendre. Il pèse 2400 grammes. C'est une fille. Le second fœtus est ramené après être né en état de mort apparente. Cette deuxième fille pèse 2500 et mesure 47 centimètres. Elle est mise dans une couveuse vu son état de souffrance et meurt le 12 août 1895.

Quelques minutes après l'expulsion du deuxième fœtus, hémorrhagie assez considérable. Injection d'eau chaude. M. Pinard se décide alors, vu la longueur du travail qui expose cette femme à des hémorrhagies, à pratiquer la délivrance artificielle. La masse placentaire est unique. Elle pèse 870 grammes. La cloison de séparation des deux œufs se compose seulement de deux membranes. L'insertion du deuxième cordon est excentrique. Celle du premier est vélamenteuse. Les vaisseaux rampant sur les membranes sont énormes. La rupture prématurée s'est faite entre les vaisseaux.

La mère sort en bonne santé le 27 avril 1895.

OBSERVATION 54 (1298-1895).

La femme O..., couturière, âgée de 31 ans, est d'une bonne santé actuellement. Dans son enfance elle a fait la coqueluche et la rougeole. S'il faut l'en croire, elle aurait marché à 5 ans et elle paraît avoir raison car le diamètre promonto-sous-pubien de son bassin, sur lequel l'attention est attirée de cette manière, mesure 11,5. Elle est enceinte pour la sixième fois. En 1886 elle est accouchée, spontanément et à terme, par le sommet, d'une fille qu'elle a nourrie au sein pendant trois mois puis au biberon et qui est bien portante. En 1888 elle a fait une fausse couche de deux mois. Elle avait eu des hémorrhagies dans

cette grossesse. Nouvelle grossesse à la suite de laquelle elle accouche, spontanément et à terme, par le sommet, d'une fille, élevée au biberon en nourrice et bien portante. En 1893, elle a un garçon, qui vient par le sommet spontanément et à terme et qui meurt en juillet de gastro-entérite. La mère le nourrissait au sein la nuit, mais le donnait à garder à la crèche pendant le jour. Enfin en 1894, elle accouche à Baudelocque d'un enfant se présentant par le sommet avec procidence d'une main, qu'on rétropulse. La mère élève encore cet enfant comme le précédent et il meurt à 4 mois de diarrhée. Cette fois la femme est devenue enceinte en nourrissant. Elle n'avait pas ses règles, mais elle est sûre qu'elle ne peut être enceinte que depuis le 7 décembre. Elle est enceinte de 8 mois. Son utérus remonte à 32 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Elle n'a pas d'albumine. Pour cette grossesse, elle était entrée à l'asile Michelet le 6 août 1895. Là on avait trouvé un fœtus très mobile. Les membranes se rompirent le 8 août, à 5 heures du soir. Le 9 août à 7 heures du soir, elle est amenée à la clinique Baudelocque avec des contractions peu fréquentes. Présentation de l'épaule, tête dans la fosse iliaque droite, dos en arrière et enfant vivant. M. Funck Bruntanneau, aussitôt prévenu, applique à 9 h. 45 un ballon Champetier que l'on distend avec de l'eau phéniquée. Depuis 8 heures la femme a des contractions assez régulières. Température 38°2. Après l'introduction du ballon, les bruits du cœur se modifient profondément mais ils reprennent peu à peu leur rythme normal. Les contractions sont assez fréquentes mais peu énergiques. A 11 heures M. Funck Bruntanneau en pratiquant le toucher trouve l'orifice dilaté comme 5 francs. Le ballon est resté bien placé. Les bruits du cœur sont normaux. A 1 heure 1/2, M. Funck Bruntanneau constate que le ballon a tendance à descendre et comme il n'est pas distendu à son maximum, il injecte environ 60 grammes de liquide. A 5 heures, au moment où l'on pratique le toucher, on remarque que le ballon tient peu. A ce moment, la dilatation est d'une paume de main. Orifice assez dilatable. On place la femme en position obstétricale pour voir s'il faut remettre un deuxième ballon où si l'on peut intervenir immédiatement. M. Funck constate que la présentation de l'épaule s'est transformée en présentation du siège complet en sacro-gauche transversale. Le siège s'engage rapidement dans l'orifice. On décide alors de laisser s'éveiller la femme à laquelle on avait donné un peu de chloroforme, d'attendre les contractions utérines et les efforts de la femme pour terminer l'accouchement. La femme s'éveille, a des contractions intenses. Quelque temps après, les bruits du cœur se modifient, deviennent très lents et sont très difficilement perçus. Le col étant presque complètement dilatable, M. Funck fait redonner un peu de chloroforme pour terminer rapidement l'accouchement. Dégagement facile des membres inférieurs, du siège ; au moment où l'ombilic arrive à la vulve, il n'y a plus de battements dans le cordon. Dégagement des bras assez difficile et extraction de la tête par

la manœuvre de Mauriceau. L'enfant naît en état de mort apparente. Fric-tions, désobstruction des voies respiratoires, insufflation ne peuvent le ranimer. C'est un garçon de 2000 grammes et de 44 centimètres de longueur.

Le placenta est expulsé spontanément à 7 h. 10 du matin. Il est dis-coïde et pèse 450 grammes. Les membranes complètes mesurent 30/10.

Le cordon, qui a 45 centimètres de longueur, présente une insertion vélamenteuse.

La mère sort le 20 août.

Dans ces diverses alternatives la tête ou une autre partie fœtale vient presser probablement sur les vaisseaux sous l'influence des contractions utérines et empêcher en les oblitérant l'apport du sang maternel à l'enfant, d'où il survient une asphyxie plus ou moins complète.

Nous avons cru en cette occasion pouvoir rapporter ces accidents à l'insertion des vaisseaux sur les membranes. Certainement dans les observations précédentes on trouvera l'implantation vélamenteuse associée aux causes ordinaires pouvant retentir d'une manière funeste sur la vitalité du fœtus pendant le travail. Néanmoins l'insertion vicieuse du cordon explique suffisamment ces phénomènes comme le prouvent les faits où elle s'est montrée dégagée de ces influences étrangères.

Du reste Lévy (1), qui avait également basé son travail sur les observations de la pratique de M. Pinard, avait déjà fait mention dans sa thèse inaugurale de cette cause de liquide vert pendant le travail.

Suivant Hüter (2), Letzterer aurait observé deux cas de mort dans le travail dûs à la compression des vaisseaux et Chiari, Braun et Spæth auraient aussi une observation de ce genre à leur actif.

(1) LÉVY, *Etude sur le liquide amniotique coloré en vert pendant le travail.*

(2) HÜTER, *loc. cit.*

Procidence du cordon.

L'implantation vélamenteuse a été accusée par Scanzoni et Crédé de prédisposer à la procidence du cordon.

On trouve cette complication dans les observations de Benckiser, de Hüter, de Chiari, de Perraud, de Pouillet et de Hugues.

Cette chute doit être excessivement rare. Hugues l'a rencontrée seulement une fois sur 43 observations. A notre tour nous n'en relevons que 2 cas sur 133 faits.

L'insertion vélamenteuse provoquerait cet accident en rapprochant le cordon de l'orifice. Cette circonstance a certainement de l'influence sur la production du phénomène comme dans le placenta inséré sur le segment inférieur mais sa cause déterminante est le défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail, ainsi que l'a bien montré M. Pinard pour tous les cas de procidence. Cette condition était réalisée dans l'observation de Hugues comme dans les nôtres. Il s'agissait dans ces faits de présentation de l'épaule et d'un placenta en rapport avec la zone de Barnes.

Rupture du cordon.

On a accusé avec juste raison l'insertion vélamenteuse d'affaiblir la solidité du cordon et de faciliter sa rupture.

Cette rupture peut se produire dans deux circonstances, comme on le voit par la lecture des observations. Dans un certain nombre de faits le cordon se rompt au moment où l'on essaie de faire passer un circulaire autour de la tête

de l'enfant. Dans les autres cas il reste dans les mains de l'accoucheur s'il exerce des tractions sur le placenta pour délivrer la femme.

Cette fragilité du cordon dans la dispersion des vaisseaux sur les membranes nécessite un autre procédé de délivrance que l'extraction simple. Il faut procéder à l'expulsion du placenta par l'expression française. Cette méthode consiste à exprimer le fond de l'utérus avec beaucoup de prudence en dehors des contractions. De cette façon le placenta et les membranes viennent la plupart du temps sans difficulté. Elle a l'avantage sur l'expression allemande, dite de Crédé, qui procède pendant les contractions, de ne pas causer la rétention des membranes. Les dangers d'infection sont donc moindres.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 55 (17 août 1883).

La femme L..., employée de commerce, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière en 1883 le 17 août à 5 h. 1/2 du matin. Constitution bonne. Bassin normal. Primipare. Elle a été réglée pour la première fois à 17 ans. Depuis elle voit ses règles régulièrement tous les mois pendant 2 ou 3 jours. Dernières règles le 14 décembre. Enceinte de 8 mois. Grossesse sans accidents. Les premières douleurs ont commencé le 16 août vers 10 heures du matin. Les membranes se sont rompues spontanément et prématurément. La dilatation est complète à 6 heures du matin le 17 août. La femme accouche spontanément à 6 h. 45 du matin d'une fille vivante de 2100 grammes, se présentant par le sommet, en droite postérieure, après 20 h. 45 de travail.

Délivrance naturelle une demi-heure après l'expulsion. Le placenta se présente par sa face interne. Il est normal. Longueur du cordon 47 centimètres. Un circulaire. Insertion vélamenteuse à 12 centimètres du placenta. Membranes 8/36. Liquide amniotique, normal.

Mère et enfant en bonne santé à leur sortie le 25 août 1883.

OBSERVATION 56 (26 octobre 1883).

La femme D..., tailleur de profession, âgée de 24 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 29 octobre 1883. Son bassin est normal. Elle a déjà eu un enfant, qui s'est présenté à terme par le sommet, qu'elle a élevé au sein d'abord pendant 6 semaines puis au biberon et qui est actuellement bien portant. Elle est bien réglée. Les règles sont apparues pour la dernière fois le 19 avril. La grossesse remonte à environ 6 mois. Elle a la syphilis. Les premières douleurs sont survenues le 28 octobre à 7 heures du matin. Les membranes se rompent spontanément à la dilatation complète vers midi un quart le 29 octobre. Cette femme expulse spontanément à midi et demi un enfant mort et macéré, se présentant par le siège. 29 heures de travail.

Délivrance naturelle. Le placenta, qui est normal, se présente par son

bord. L'insertion du cordon est vélamenteuse. Membranes 15/20. Liquide amniotique normal comme quantité.

La mère sort de l'hôpital le 6 novembre.

OBSERVATION 57 (1^{er} décembre 1883).

La femme G..., couturière, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière, à midi le 1^{er} décembre 1883. Elle est d'une bonne constitution. On explore facilement toute la face antérieure de son sacrum. C'est une tripaire. Son premier enfant est venu à 8 mois par le siège. Il était mort et macéré. Le second s'est présenté spontanément à terme par le sommet. Elle l'a élevé au sein mais il est mort au bout de deux mois. Ses règles sont régulières. Elle les a eues pour la dernière fois le 25 avril. La grossesse remonte à 7 mois. Elle a ressenti seulement quelques défaillances et quelques nausées. Les premières douleurs apparaissent le 1^{er} décembre vers midi. C'est une grossesse gémellaire. La rupture des membranes se fait spontanément pour le premier enfant. Elle est artificielle pour le deuxième. La dilatation est complète à 1 h. 1/2 du soir le 1^{er} décembre. Le premier enfant se présente par l'épaule en AIDA. Il y a une procidence du cordon. On fait la version à 2 heures. Mais cet enfant avait succombé pendant le travail. Il pèse 1560 grammes. C'est un garçon. Le deuxième enfant vient spontanément à 2 h. 1/2 par le siège en SIGA. Il est mort et macéré. Son poids est de 1765 grammes. Durée totale du travail 2 h. 1/2.

La délivrance se fait naturellement à 3 heures. On trouve deux placentas, absolument isolés, dont un normal et l'autre volumineux et altéré. Le premier cordon est normal. Le deuxième est vélamenteux. Membranes entières. Liquide amniotique et brûnâtre dans la deuxième poche.

La mère sort en bonne santé le 10 décembre.

OBSERVATION 58 (22 janvier 1884).

La femme W..., couturière, âgée de 24 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 22 janvier 1884 à 4 heures du soir. Bassin normal. C'est une tripaire. Les deux premiers enfants sont venus à terme par le sommet. L'aîné a été nourri au biberon chez une étrangère à Neuilly. Il est vivant. Le cadet a été élevé au sein par une nourrice. Il est en bonne santé. Elle est bien réglée. Dernières règles en juillet. A peu près enceinte de 6 mois. Syphilis. Grossesse gémellaire. Les premières douleurs commencent le 22 janvier à midi. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète vers 4 heures du soir. Expulsion spontanée à 8 heures du soir le 22. Le premier enfant avait présenté l'épaule, le second le sommet. Ce sont deux garçons. Ils sont morts et macérés (15 jours environ). Le premier pèse 730 grammes, le second 420 grammes.

Délivrance naturelle à 8 h. 1/2 du soir. Placenta unique et altéré. Insertion vélamenteuse pour un cordon. On trouve une seule poche. Liquide amniotique épais et noirâtre.

Le 30 janvier la mère sort de l'hôpital.

OBSERVATION 59 (20 février 1884).

La femme H..., mécanicienne, âgée de 30 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 20 février 1884. Bonne constitution. Bassin normal. Quadripare. Trois enfants à terme : les deux premiers élevés au sein par une nourrice ; le second mort à 16 mois ; le troisième élevé au biberon et bien portant. Elle est bien réglée. Elle ignore la dernière apparition de ses règles. Probablement enceinte de 9 mois. Rien à signaler dans sa grossesse comme accident. Apparition des premières douleurs le 20 février à 7 heures du matin. Rupture des membranes, le même jour, à 9 h. 1/2 du matin. Dilatation complète à 10 h. 1/2 et expulsion à 11 heures d'une fille de 3700 grammes par le sommet, en gauche antérieure, après un travail de 4 heures.

Délivrance naturelle. Placenta normal. Cordon avec insertion vélamenteuse. Membranes normales. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant sortent bien portants le 28 février 1884.

OBSERVATION 60 (19 juillet 1884).

La femme J..., cuisinière, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière à 1 h. 1/2 du matin le 19 juillet 1884. Bassin normal. Secondipare. Son premier enfant est venu à terme par le sommet. Elle l'a élevé au sein pendant 6 mois puis au biberon. Actuellement bien portant. Ses règles ont lieu régulièrement tous les mois pendant deux jours. Elle les a eues pour la dernière fois le 10 novembre. Grossesse d'environ 8 mois. Albumine dans les urines. Elle est dans le coma à son arrivée dans le service. Elle a des douleurs. A 1 heure du soir le 19, la dilatation est complète, et les membranes se rompent spontanément. La femme expulse presque aussitôt un garçon vivant de 1770 grammes par le sommet en gauche antérieure.

Délivrance naturelle à 1 h. 1/2. Le placenta se présente par son bord. L'insertion du cordon est vélamenteuse. Membranes 0/35. Liquide amniotique normal.

Le 28 juillet la mère et l'enfant sortent en bonne santé.

OBSERVATION 61 (22 octobre 1884).

La femme D..., cuisinière, âgée de 37 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 22 octobre 1884 à 6 heures du matin. Bonne constitution. Conformation du bassin normale. Quadripare. Trois accouchements antérieurs à terme et par le sommet. Règles chaque mois pendant 4 à 5 jours. Dernière apparition des règles le 3 février.

Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Elle a eu seulement de l'œdème des membres inférieurs. Elle entre en douleurs le 22 octobre à 6 heures du matin. On a affaire à une grossesse gémellaire. Ce sont deux sommets. Le 22 à 10 heures du matin la dilatation est complète. Déjà la première poche des eaux s'est rompue spontanément à minuit le 22. On fait un forceps sur l'enfant correspondant quelques instants après. Le second enfant est extrait par le forceps à midi du même jour. Six heures de travail.

Délivrance naturelle une demi-heure après l'expulsion des enfants. Deux placentas isolés. Le cordon du premier est vélamenteux. Le cordon du second est normal. Membranes entières. Liquide amniotique normal.

Les deux enfants sont deux garçons de 3900 et de 3650 grammes.

Mère et enfants sortent en bonne santé le 14 novembre 1884.

OBSERVATION 62 (26 décembre 1884).

La femme E..., laveuse, âgée de 36 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital de Lariboisière à 2 heures du soir le 26 décembre 1884. Elle est d'une bonne constitution. Le diamètre promonto-sous-pubien de son bassin mesure 10 centimètres. Elle a déjà eu 9 enfants à terme. On l'a accouchée 5 fois par le forceps. 4 enfants sont nés morts, 5 sont venus vivants. De ces 5 derniers enfants, que la mère dit avoir élevés au sein, 3 sont morts : le 1^{er} à 3 mois, le 2^e à 15 jours, le 3^e à 15 mois (croup). Cette femme est bien réglée. Elle ignore la date de ses dernières règles. Elle est enceinte de 9 mois. Elle n'a pas eu d'accidents pendant sa grossesse. Elles ressent les premières douleurs à 10 heures du matin le 24. A son arrivée dans le service la dilatation est complète et on rompt artificiellement les membranes. C'est un sommet en droite transversale. On termine l'accouchement à 5 heures du soir par une application de forceps. Il est fait par M. Potocki. Durée totale du travail, 55 heures.

Délivrance naturelle. Le placenta présente sa face utérine. Cordon vélamenteux. Membranes 10/40. Liquide amniotique normal.

Garçon de 3050 grammes et de 49 centimètres de longueur.

La mère sort en bonne santé le 4 janvier avec son enfant qui pèse 3350 grammes.

OBSERVATION 63 (12 janvier 1885).

La femme C..., couturière, âgée de 25 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital de Lariboisière le 12 janvier 1885. Bonne constitution. Le diamètre promonto-sous-pubien du bassin est de 10 cent. 1/2. Primipare. Règles irrégulières. Ses dernières règles remontent au 8 avril environ. Enceinte de 9 mois. Elle était très fatiguée à la fin de sa grossesse. Les premières douleurs apparaissent le 12 à deux heures

du matin. Presque en même temps les membranes se rompent. La dilatation est complète le 12 à 5 heures du soir. On a affaire à un sommet en gauche transversale. M. Varnier fait un forceps à 8 h. 1/2 du soir. Il extrait un garçon vivant de 3000 grammes et de 49 centimètres de longueur. Le travail a duré 18 heures 1/2.

Délivrance naturelle à 8 h. 1/2. Le placenta présente sa face fœtale. On constate une insertion vélamenteuse du cordon. Les membranes sont entières. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant sont bien portants à leur sortie, le 5 février 1885.

OBSERVATION 64 (28 janvier 1885).

La femme J..., cuisinière, âgée de 28 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital de Lariboisière à 1 h. 1/2 du matin le 28 janvier 1885. Elle a une bonne constitution et un bassin normal. Primipare. Bien réglée. Elle ne sait pas la date de la dernière apparition de ses règles. Enceinte de 9 mois. Rien à signaler comme accidents dans sa grossesse. Apparition des premières douleurs à 4 heures du soir le 27. Elle perd les eaux en voiture à 1 heure du matin le 28 et à son arrivée dans le service on constate une dilatation complète. Son enfant se présente en gauche antérieure par le sommet. A 2 heures elle met au monde une fille vivante pesant 3450 grammes après 10 heures de travail.

Délivrance naturelle à 2 h. 1/2. Le placenta présente sa face fœtale. Le cordon mesure 50 centimètres. Il offre un circulaire très serré. Il se rompt au niveau de son insertion vélamenteuse au moment où l'on tente le dégagement du circulaire. Membranes 0/30. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant en bonne santé à leur sortie.

OBSERVATION 65 (14 juillet 1885).

La femme X..., couturière, âgée de 36 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 14 juillet 1885. Elle était depuis le 27 juin dans l'établissement. Bonne constitution et bassin normal, 4 accouchements antérieurs. Le premier enfant est venu à 4 mois (macéré ?) Les trois autres se sont présentés à terme par le sommet. La mère les a élevés au sein. Deux sont encore vivants. L'autre est mort à 2 ans de méningite. Règles régulières. Dernière apparition des règles le 25 octobre. La femme est enceinte de 8 mois 1/2 environ. Pas d'accident ni de complication durant sa grossesse. Les premières douleurs se font sentir à 3 heures du soir le 14 juillet. Les membranes s'étaient rompues spontanément et prématurément sans douleur le 12 juillet à 11 heures du matin. A 9 h. 1/2 du soir la dilatation est complète. La femme expulse à 10 heures une fille vivante de 4900 grammes, se présentant par le sommet, en gauche antérieure, après 7 heures de travail. Elle avait

primitivement un siège. On avait fait la version par manœuvres externes.

Délivrance naturelle à 10 h. 40. Le placenta présente sa face utérine. Insertion vélamenteuse du cordon qui offre un circulaire. Membranes 12/25.

La mère et l'enfant sortent de l'hôpital le 24 juillet.

OBSERVATION 66 (9 août 1885).

La femme A..., giletière, âgée de 24 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital de Lariboisière, le 9 août 1885 à 5 heures du matin. Bonne constitution et bassin normal. Trois accouchements antérieurs, à terme et par le sommet. Ces trois enfants ont été élevés au sein par la mère. Deux sont morts : l'un dans le courant du 6^e mois, l'autre à 2 mois. La mère n'avait pas beaucoup de lait et vers l'âge d'un mois, elle commençait à leur donner de la bouillie. Le troisième enfant est vivant. Cette femme est bien réglée pendant 3 jours chaque mois. Dernière apparition des règles le 9 novembre. Enceinte de 9 mois. Pas d'accidents ni de complications pendant sa grossesse. Les premières douleurs prennent la femme le 9 août à 4 heures du matin. Rupture spontanée des membranes à 4 h. 1/2 du matin, 9 août. Dilatation complète à l'arrivée. A 5 h. 1/4 du matin, le même jour, expulsion d'un enfant se présentant par le sommet en gauche antérieure. Durée totale du travail 1 h. 1/4. Délivrance naturelle.

Garçon de 3650 grammes.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 13 1/2. — Bi-pariétal, 10. — Bi-temporal, 8 1/2. — Sous-occipito-bregmatique, 10 1/2.

Le placenta présente sa face fœtale. Le cordon a une insertion vélamenteuse de 2 centimètres. Membranes 20/25. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant sortent en bonne santé de l'hôpital le 17 août.

OBSERVATION 67 (14 août 1885).

La femme X..., porteuse de pain, âgée de 31 ans, entre le 14 août 1885 à 10 heures du soir à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière. Constitution bonne et bassin normal. Cette femme a déjà eu un enfant venu par le sommet. Il a été élevé en nourrice au biberon. Il est actuellement bien portant. Bien réglée. Dernière apparition des règles inconnue. La grossesse remonte environ à 7 mois. Pas d'accidents ni de complications durant son cours. On a affaire à une grossesse gémellaire. Apparition des premières douleurs le 14 août à 7 heures du soir. La dilatation est complète à 10 heures du matin le 15 août. La parturiente avait déjà perdu les eaux dix jours auparavant ? Elle expulse alors un premier enfant par le sommet à 11 heures

du matin. On rompt les membranes de la seconde poche et le deuxième enfant vient par le siège. Durée totale du travail 15 heures.

Ce sont deux filles. La première, qui a souffert pendant le travail et qui pèse 1520 grammes, est mise dans la couveuse où elle meurt le 15^e jour. La seconde pèse 1610 grammes.

Délivrance artificielle à 3 heures du soir le 15 août. Placenta unique séparé à la face fœtale par une cloison constituée par les membranes. Cordon normal pour le premier œuf. Insertion vélamenteuse pour le deuxième à 8 centimètres. Membranes du premier œuf 0/20 ; membranes du second 10/20. Liquide amniotique épais et fétide chez le premier enfant, normal pour le deuxième.

Sortie de la mère le 24 août. Elle est bien portante. La fille sort le 22 octobre. Elle pèse 1925 grammes et augmente de 20 grammes par jour.

OBSERVATION 68 (28 octobre 1885).

La femme G..., couturière, âgée de 36 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 28 octobre 1885 à 6 h. 30 du soir. Bonne constitution. Bassin normal. Une fausse couche antérieure de deux mois. Un accouchement à terme, par le sommet, d'un enfant élevé au sein par la mère. Bien réglée. Dernière apparition des règles le 4 février. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Aucun accident à signaler. Le 28 à 5 heures du soir la femme entre en douleurs. La poche des eaux se rompt spontanément au même moment. Dilatation complète à 6 h. 30 du soir. A 7 heures du soir du même jour expulsion d'un enfant par le sommet en droite postérieure. Deux heures de travail.

Fille bien portante pesant 3400 grammes et mesurant 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

La délivrance se fait naturellement presque aussitôt après l'expulsion. Le placenta se présente par son bord. Insertion vélamenteuse du cordon. Membranes 9/30. Liquide amniotique ?

La mère sort le 7 novembre.

OBSERVATION 69 (24 juillet 1886).

La femme L..., lingère, âgée de 36 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital de Lariboisière le 24 juillet 1886 à 7 heures du matin. Constitution faible. Bassin normal. Elle a déjà eu une fausse couche de trois mois et deux accouchements à terme, spontanés, par le sommet. Elle ne se rappelle pas la date de la dernière apparition de

ses règles. Elle paraît à terme. Pas d'accidents à signaler dans sa grossesse. Le 22 juillet à 6 heures du soir les douleurs la prennent. Elle dit avoir perdu les eaux depuis huit jours. On a affaire à un cas d'hydrocéphalie se présentant par le sommet. Une sage-femme, en ville, donne trois paquets d'ergot. Un médecin fait une application de forceps infructueuse. On amène la femme à l'hôpital le 24 juillet à 7 heures du matin, où M. Pinard fait la basiotripsie à 10 h. 1/2 du matin.

Délivrance artificielle un quart d'heure après cette opération. Le placenta est normal. Le cordon offre une insertion vélamenteuse. Les membranes sont entières. Elles mesurent 3/30.

La parturiente meurt le même jour à 6 heures du soir à la suite d'une rupture de l'utérus au niveau du segment inférieur.

On ne peut donner de renseignements plus précis car elle se trouvait dans un état de faiblesse trop grande pour qu'on ait pu l'interroger longuement.

OBSERVATION 70 (14 mars 1887).

La femme S..., lingère, âgée de 26 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital de Lariboisière le 14 mars 1887 à 9 heures du soir. Elle a une bonne constitution. Le bassin est normal. Elle a eu auparavant une fausse couche de deux mois. Elle est réglée tous les mois pendant huit jours. Dernière apparition des règles du 20 au 23 mai. Enceinte de 9 mois. Pas d'accidents ni de complications dans sa grossesse. Le fœtus se présente par le sommet en gauche antérieure. Apparition des premières douleurs le 14 mars à 3 heures du soir. Rupture spontanée des membranes le même jour à 8 h. 1/2 du soir. Dilatation complète à 1 heure du matin 15 mars. Expulsion spontanée une demi-heure après. Dix heures et demie de travail.

Fille pesant 4070 grammes et mesurant 50 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 10. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance naturelle une demi-heure après l'expulsion. Le placenta se présente par sa face utérine. Le cordon a une insertion vélamenteuse. Les membranes sur lesquelles rampent des vaisseaux volumineux sont retenues en partie. Liquide amniotique ?

Mère et enfant sortent le 5 avril 1887.

OBSERVATION 71 (12 juillet 1887).

La femme L..., journalière, âgée de 26 ans, entre à la salle d'accouchements de l'hôpital de Lariboisière, le 12 juillet 1889 à 1 h. 40 du matin. Bonne constitution et bassin normal. Primipare. Bien réglée chaque mois durant six jours. Dernières règles le 10 décembre. Enceinte de 7 mois. Pas d'accidents ni de complications dans la grossesse.

Le fœtus se présente par le siège décomplété mode des fesses. Les premières douleurs surviennent le 11 juillet à 8 heures du soir. Rupture des membranes ? La dilatation est complète à 2 h. 30 du matin le 12 juillet. Expulsion spontanée vingt minutes après. Durée totale du travail 6 h. 50.

Garçon de 1700 grammes et de 40 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 9, 2. — Occipito-mentonnier, 11,4. — Bi-temporal, 8. — Bi-pariétal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 8,5.

Délivrance spontanée 10 minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta se présente par sa face fœtale. L'insertion du cordon est vélamenteuse. Membranes 26/13. Liquide amniotique normal.

La mère sort de l'hôpital le 20 juillet 1887. Son enfant est retiré de la couveuse. Il tête bien.

OBSERVATION 72 (3 novembre 1887).

La femme H..., domestique, âgée de 22 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 3 novembre 1887 à 3 heures du soir. Bassin normal. Primipare. Bien réglée trois ou quatre jours chaque mois. Ses dernières règles remontent au 27 janvier. Elle est à terme. Elle a de l'albuminurie. Œdème des membres inférieurs. C'est un sommet en droite postérieure qui est en bas. Premières douleurs le 3 vers 1 heure du matin. A son arrivée dans le service la dilatation est complète et on rompt artificiellement les membranes. Expulsion spontanée à 4 h. 15 du soir le 3, après 13 h. 1/4 de travail.

Garçon en bonne santé pesant 3330 grammes et mesurant 49 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11, 2. — Occipito-mentonnier, 14, 2. — Bi-pariétal, 9, 2. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 9.

Délivrance naturelle immédiatement après l'expulsion du fœtus. Le placenta se présente par la face fœtale et renferme des kystes sur cette face. Le cordon, sur le trajet duquel était un circulaire, est vélamenteux. Membranes : 10/35. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant en bonne santé à leur sortie de l'hôpital, le 19 novembre. L'enfant pèse 3520 grammes.

OBSERVATION 73 (21 mars 1888).

La femme E..., blanchisseuse, âgée de 20 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital Lariboisière le 21 mars 1888 à 9 h. 1/4 du matin. Elle a une bonne santé. Son bassin ne présente rien d'anormal. Primipare. Ses règles sont douloureuses et durent cinq à six jours. Elle ne connaît pas l'époque de ses dernières règles. Elle paraît enceinte de 9 mois. Pas d'accidents dans sa grossesse. C'est un sommet en gauche antérieure

qui se présente. Les premières douleurs se font sentir le 21 mars à 6 heures du matin. La dilatation est complète à l'arrivée de la femme et à ce moment les membranes se rompent spontanément. Expulsion spontanée à 9. 25 du matin, après 4 h. 25 de travail.

Garçon, qui présente un bon état physique, de 2560 grammes et de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11, 2. — Occipito-mentonnier, 13, 5. — Bi-pariétal, 9, 3. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance naturelle quarante minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta est normal et se présente par la face fœtale. Le cordon est gros. Il y a un circulaire. Son insertion est vélamenteuse. Membranes complètes : 11/28. Liquide amniotique normal.

L'enfant et la mère sont en bonne santé à leur sortie le 30 mars. L'enfant pèse 2400 grammes.

OBSERVATION 74 (28 juillet 1888).

La femme L..., âgée de 19 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital Lariboisière le 28 juillet 1888 à 6 h. 1/2 du matin. Bonne constitution. Bassin normal. Un accouchement antérieur, spontané, par le sommet, d'un enfant à terme, élevé au sein par la mère, bien portant. Règles régulières durant trois ou quatre jours. Dernières règles le 14 octobre. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Pas d'accidents, pas de complications. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Les premières douleurs apparaissent le 28 juillet à 4 h. 1/2 du matin. Les membranes se rompent spontanément à 6 heures du matin. La dilatation est complète à son arrivée à l'hôpital. La femme expulse immédiatement son enfant après un travail de deux heures.

Garçon bien portant de 2900 grammes et de 46 centimètres.

Principaux diamètres : occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9.5. — Bi-temporal, 7.5. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance naturelle à 6 h. 50. Le placenta se présente par son bord. L'insertion du cordon est vélamenteuse. Membranes 5/30. Liquide amniotique normal.

Le 5 août la mère et l'enfant sortent bien portants.

OBSERVATION 75 (3 août 1888).

La femme B..., journalière, âgée de 27 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital Lariboisière le 3 août 1888 à 4 h. 1/2 du matin. Elle est d'une bonne santé et son bassin est normal. Primipare. Bien réglée pendant trois jours chaque mois. Dernière apparition des règles le 10 novembre 1887. Enceinte de 8 mois 1/2. Sauf des nausées, on ne relève rien d'anormal dans sa grossesse. Le fœtus se présente par le sommet en gauche postérieure. Apparition des premières douleurs le 3 août

à 11 heures du soir. Rupture prématurée des membranes le 3 août à 6 heures du soir. Dilatation complète le 4 août à 5 h. du matin. A 8 heures du matin, le même jour, M. Mantel applique le forceps pour insuffisance des contractions utérines et extrait un enfant vivant. Durée totale du travail 9 heures.

Garçon de 3520 grammes et de 50 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12.1. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9.2. — Bi-temporal, 8.3. — Sous-occipito-bregmatique, 9.2.

Délivrance naturelle à 9 heures du matin. Le placenta a présenté sa face fœtale. Insertion vélamenteuse du cordon. Membranes entières 4/28. Liquide amniotique ?

Le 12 août la mère et l'enfant quittent l'hôpital en bonne santé.

L'enfant pèse 3320 grammes.

OBSERVATION 76 (4 septembre 1888).

La femme D..., âgée de 18 ans, domestique, entre à la salle de travail de l'hôpital Lariboisière le 4 septembre 1888 à 4 heures du matin. Elle a une bonne santé. Son bassin n'est pas vicié. Primipare. Réglée chaque mois pendant trois ou quatre jours. Elle a eu ses dernières règles du 3 au 6 février 1888. Elle est enceinte de 7 mois sans avoir eu aucun accident. Grossesse gémellaire. Apparition des premières douleurs le 4 septembre à 1 heure du matin. La rupture de la première poche se fait spontanément. Dilatation complète le 4 septembre à 6 heures du matin. Une demi-heure après, le premier enfant, qui se présente par le siège décomplété mode des fesses, est expulsé. On rompt artificiellement les membranes de la deuxième poche et à 7 heures du matin, le second enfant vient à son tour par le siège complet. Le travail a duré six heures.

Deux garçons. Le premier, qui pèse 1200 grammes, n'a pu être ranimé. Le deuxième, venu au monde vivant et pesant 1450 grammes, meurt le 8 septembre.

Délivrance naturelle 45 minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta présente une masse unique. Le cordon a une insertion vélamenteuse chez le premier-né. L'insertion du cordon du second est marginale. Membranes 10/40. Liquide amniotique assez abondant.

La mère sort en bonne santé le 15 septembre 1888.

OBSERVATION 77 (14 novembre 1888).

La femme B..., couturière, âgée de 21 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital de Lariboisière le 14 novembre 1888 à 8 heures du matin. Constitution bonne. Bassin normal. Primipare. Réglée chaque mois pendant trois à six jours. Dernière apparition des règles le 14 février

1888. Elle est enceinte de 9 mois. La parturiente a de l'albuminurie. Sommet en droite postérieure. Apparition des premières douleurs le 14 novembre à 1 heure du matin. Dilatation complète le 14 à 9 heures du soir. Rupture des membranes à ce moment. Une demi-heure après, expulsion de l'enfant. Durée totale du travail vingt heures et demie. Garçon vivant, de 3250 grammes et de 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.2. — Occipito-mentonnier, 13 1/2. — Bi-pariétal, 9.8. — Bi-temporal, 7 1/2. — Sous-occipito-bregmatique, 9.6.

Délivrance naturelle à 10 h. 10. Le placenta se présente par la face fœtale. L'insertion du cordon est vélamenteuse. Membrane 10/26. Liquide amniotique normal.

La mère part en bonne santé le 23 novembre 1888. L'enfant avait été envoyé en nourrice.

OBSERVATION 78 (23 janvier 1889).

La femme H..., mécanicienne, âgée de 25 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital Lariboisière le 23 janvier 1889 à 7 heures du matin. Bonne santé. Bassin normal. Trois accouchements antérieurs ; un à sept mois et demi par le sommet ; deux à terme, spontanés par le sommet : un de ces derniers enfants, élevé au biberon par la mère est vivant ; l'autre est mort quelques heures après sa naissance. Elle a eu ses règles pour la dernière fois du 9 au 11 mai. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Durant son cours aucun accident. Sommet en gauche antérieure. Les premières douleurs apparaissent le 23 janvier à 5 heures du matin. La rupture des membranes se fait spontanément. Dilatation complète à 7 h. 1/2 du matin. Accouchement spontané à 7 h. 40 du matin, après 2 h. 40 de travail.

Fille vivante de 3050 grammes et de 50 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11, 3. — Occipito-mentonnier, 13, 2. — Bi-pariétal, 9, 2. — Bi-temporal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 8.

Délivrance naturelle 45 minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta se présente par sa face fœtale. Insertion vélamenteuse type du cordon. Membranes 43/8. Liquide amniotique abondant.

La mère et l'enfant sont bien portants à leur sortie, le 30 janvier 1889.

OBSERVATION 79 (7 mars 1889).

La femme L..., journalière, âgée de 22 ans, entre à la salle de travail de l'hôpital Lariboisière le 7 mars à 7 heures du matin en 1889. Bonne constitution et bassin normal. Primipare. Mal réglée. Dernières règles le 27 mai. Enceinte de 9 mois. Elle a eu des vomissements pendant les trois premiers mois. Sommet en gauche antérieure. Les premières douleurs surviennent le 6 mars à 10 heures du soir. Au même moment, les

membranes se rompent. La dilatation est complète le 7 mars à 9 heures du matin. Accouchement spontané à 11 heures du matin, 13 heures de travail.

Fille pesant 2975 grammes et mesurant 49 centimètres.

Principaux diamètres: Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 13. Bi-pariétal, 9, 7. — Bi-temporal, 8, 5. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 7.

Le placenta se présente par le bord. L'insertion du cordon est vélamenteuse. Les membranes sont entières. Liquide amniotique ?

Le 16 mars, la mère et l'enfant quittent l'hôpital en bonne santé.

OBSERVATION 80 (4 juin 1889).

La femme M. . . , domestique, âgée de 23 ans, entre à l'hôpital de Lariboisière le 4 juin 1889 et à la salle d'accouchements le 6 juin à 8 heures du soir. Bonne santé et bassin normal. Primipare. Bien réglée pendant trois jours chaque mois. Dernières règles le 15 octobre. Enceinte de 7 mois 1/2. Pas d'accident ni de complication. Sommet en gauche transversale. On ne sait pas le moment où les membranes se sont rompues. Premières douleurs le 6 juin à 8 heures du soir. La dilatation est complète à 10 heures du soir le même jour. Expulsion spontanée à 10 heures 1/4 après un travail de deux heures un quart.

Fille vivante et pesant 1400 grammes.

Délivrance naturelle à 10 heures 1/2. Insertion vélamenteuse du cordon. Membrane 28/0. Liquide amniotique ?

La mère sort le 17 juin 1889 en bonne santé. L'enfant pèse 1400 grammes.

OBSERVATION 81 (515-1890).

La femme G. . . , journalière, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 26 juin 1890 à 7 heures 10 du matin. Elle a fait un érysipèle à 7 ans. Son bassin est vicié ; on arrive facilement sur l'angle sacro-vertébral. Un accouchement antérieur à terme d'un enfant encore vivant. Même père pour les deux grossesses. Régulée à 16 ans et depuis bien. Date des dernières règles vers le 14 septembre 1889. Enceinte de 9 mois. Pas d'accidents dans cette grossesse. La femme n'a pas d'albumine dans les urines. L'examen général montre seulement une légère incurvation des jambes. Le fœtus se présente par le sommet en droite transversale. L'auscultation est normale. Début du travail à minuit 1/2 le 26 juin. Dilatation complète à midi 3/4 le même jour. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète. Expulsion du fœtus vingt minutes après. Durée totale du travail 11 h. 5.

Fille pesant 3010 grammes et mesurant 49 centimètres.

Principaux diamètres: occipito-frontal, 11.8. — Occipito-mentonnier, 13.3. — Bi-pariétal, 9.2. — Bi-temporal, 8.9. — Sous-occipito-bregmatique, 9.8.

Délivrance naturelle 30 minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta, qui s'était présenté par sa face fœtale, était circulaire et pesait 450 grammes. Membranes complètes 30/15. Insertion vélamenteuse du cordon qui mesure 47 centimètres et qui forme un circulaire autour du cou. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant sortent en bonne en bonne santé de l'hôpital.

OBSERVATION 82 (600-1890).

La femme X..., blanchisseuse, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 16 juillet 1890 à 1 h. 15 du matin. Bonne constitution. Bassin normal. Six couches antérieures terminées heureusement. L'enfant s'est toujours présenté par le sommet. Accouchements rapides et peu douloureux. Régée à 16 ans et depuis bien réglée. Date des dernières règles 14 septembre 1889. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Elle n'a eu qu'un peu de leucorrhée. On remarque des varices aux membres inférieurs, surtout à gauche. Le fœtus se présente par le sommet en gauche antérieure. Cette femme est entrée avec une dilatation presque complète. Elle avait perdu en venant quelques grammes de sang. A 1 h. 50, la dilatation est complète et on rompt les membranes. Expulsion du fœtus vingt minutes après.

Fille de 3160 grammes.

Principaux diamètres de la tête : Occipito-frontal, 11.2. — Occipito-mentonnier, 13.4. — Bi-pariétal, 8.3. — Bi-temporal, 9.2. — Sous-occipito bregmatique, 9.4.

Délivrance naturelle à 2 h. 35 du matin. Le placenta se présente par la face fœtale. Ovalaire. 580 grammes. Sans altérations. Membranes complètes 31/12. Insertion vélamenteuse du cordon. 33 centimètres de longueur. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant sortent en bonne santé le 26 juillet. L'enfant pèse 3120 grammes.

OBSERVATION 83 (693-1890).

La femme X., femme de chambre, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 9 août 1890 à 2 h. 30 du soir. Elle a fait la rougeole et la scarlatine dans son enfance. Elle a eu la variole à 18 ans. Son bassin est normal. Un accouchement antérieur d'une fille encore vivante. Régée à 16 ans et depuis ses règles avancent l'une sur l'autre. Dernières règles le 5 novembre 1889. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Celle-ci s'est passée sans accidents. Le fœtus se présente par le sommet en droite postérieure. Foyer d'auscultation à droite au-dessous de l'ombilic. Début du travail à midi 30 le 9 août 1890. Dilatation complète à 3 h. 30 du soir du même jour. Rupture des membranes peu de temps après. Expulsion du fœtus à 3 h. 45. Durée totale du travail, 3 h. 15.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,2. — Occipito-mentonnier, 13,6. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7,3. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Fille de 2830 grammes de poids et de 46 centimètres de longueur.

A 4 h. 35, le placenta étant engagé en partie et l'utérus étant incliné à droite par suite de la réplétion de la vessie, qui était sur la ligne médiane, on pratique le cathétérisme et on retire 400 grammes d'urine. L'utérus revient sur la ligne médiane et le placenta descend naturellement trente minutes après. On met une ligature sur les membranes qui sont adhérentes. Le placenta est circulaire. Il pèse 420 grammes. Il est déchiqueté, friable, et présente des foyers de dégénérescence fibro-graisseuse. Liquide amniotique ? Le cordon offre une insertion vélamenteuse et a 58 centimètres de longueur.

L'enfant pèse 3020 grammes au départ de la mère le 25 août.

OBSERVATION 84 (880-1890).

La femme X..., couturière, est enceinte pour la première fois. Elle a fait une fièvre typhoïde à 14 ans. Actuellement elle est bien portante. Elle n'a rien au cœur. Son bassin est normal. Elle entre à la clinique Baudelocque le 2 octobre 1890 à 8 heures du soir. Ses dernières règles sont de fin janvier. Sa grossesse s'est passée sans accident. Elle n'a pas d'albumine dans ses urines. La femme était en douleurs. Le début du travail remontait à 3 heures du soir le jour de son arrivée. Le palper est assez difficile à cause de l'intolérance de la parturiente et de la tension presque permanente des parois. Au niveau du détroit supérieur on ne sent point d'extrémité céphalique, mais en remontant on constate que le dos est à gauche ; et, dans l'hypocondre droit on trouve un pôle fœtal qui n'a pas tout à fait les caractères de la tête. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur à gauche et au niveau de l'ombilic. Par le toucher on trouve une poche remplissant le vagin et presque continuellement tendue. Dans l'intervalle des contractions on sent deux petits pieds qui font des mouvements actifs. Pendant un examen pratiqué par Mademoiselle Roze, la poche s'est rompue artificiellement ; il s'écoule un liquide peu abondant, roussâtre et épais, contenant des desquamations épithéliales et l'on peut arriver sur diverses parties d'un petit fœtus macéré en avant duquel on trouvait une poche tendue et contenant les deux petits pieds constatés avant la rupture des membranes. A 4 heures du matin la dilatation était grande comme une pièce de 5 francs et le tronc du fœtus macéré était dans le vagin. Mademoiselle Roze introduisit deux doigts et constata que la tête était fortement retenue par l'orifice utérin. Elle remarqua une tension considérable du cordon. Elle coupa ce dernier et on vit un circulaire autour d'un bras et deux autres très serrés autour du cou. A 8 heures du matin, on n'entendait plus les bruits du cœur du second fœtus. A 10 heures du matin, la dilatation

étant complète, M. Boissard, chef de clinique, rompt la poche des eaux. Il s'écoule un liquide noirâtre. Il procède ensuite à l'extraction du fœtus. Les jambes, le siège, le tronc furent retirés sans difficultés. Le col de l'utérus s'était rétracté ensuite sur le cou du fœtus et l'extraction de la tête fut sinon impossible mais très difficile. Les diamètres de la tête étaient un peu exagérés relativement au poids du fœtus qui ne pesait que 2 kilogr. Pour ne pas forcer le col, le fœtus étant mort, M. Pinard, présent, se décide à faire amoindrir le volume de la tête. Le chef de clinique introduisit la main gauche sous l'arcade pubienne pour protéger les parties molles et avec le perforateur du basiotribe Tarnier il fit une perforation entre l'occiput et l'atlas. On vit tout de suite s'écouler un liquide clair (40 grammes à peine), et la tête fut extraite sans difficultés.

Le premier fœtus macéré pèse 310 grammes.

Le poids du second fœtus mort-né est de 2000 grammes. Il mesure 44 cent. 5.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10,2. — Occipito-mentonnier, 11. Bi-pariétal, 8,4. — Bi-temporal, 6,8. — Sous-occipito-bregmatique, 9,1.

Délivrance naturelle à 11 h. 40 du matin le 3 octobre 1890. Le placenta se présente par sa face fœtale. Circulaire. 440 grammes. Il est unique pour les deux fœtus. La partie du placenta correspondant au fœtus macéré est tout à fait sclérosée et atrophiée. Les membranes forment deux loges distinctes. La loge du fœtus macéré est très petite. Le mur mitoyen est formé par l'adossement des deux chorions et des deux amnios. Le cordon du premier fœtus s'insère sur les membranes. Le cordon du second est en raquette.

La mère quitte l'hôpital en bonne santé.

OBSERVATION 85 (991-1890).

La nommée X..., femme de chambre, est depuis le 17 septembre 1890 à la clinique Baudelocque. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. A été réglée à 12 ans et depuis régulièrement. Dernière apparition de ses règles le 22 janvier. Depuis deux mois volumineuses végétations à la vulve et au périnée. Pas d'albumine. Le fœtus se présente en droite postérieure par le sommet. Auscultation au-dessous de l'ombilic et à droite. Le travail débute le 30 octobre à 10 heures du soir. Le 31 octobre, à 1 h. 30 du matin, au moment où cette femme arrive à la salle de travail, la dilatation est complète ; la poche des eaux est rompue artificiellement et il s'écoule un liquide amniotique blanc jaunâtre. La rotation s'achève en quelques minutes. La période d'expulsion commence alors. A chaque contraction, le périnée bombe sans que les nombreuses végétations insérées sur lui semblent gêner sa distension. Au moment où la

vulve s'entr'ouvre, les tumeurs insérées sur les grandes lèvres s'écartent spontanément et on peut suivre les progrès de la déflexion de la tête sans avoir besoin d'écarter les tumeurs. A chaque contraction le travail s'accroît ; il se fait une légère éraillure de la fourchette ; c'est du reste la seule lésion vulvo-périnéale que l'on observe pendant le dégagement de la tête. Le dégagement se trouve fait sans difficulté à 4 h. 50 du matin. En résumé les tumeurs papillomateuses, qui surmontent les grandes lèvres, se sont comportées comme deux grandes lèvres hypertrophiées et rigides continuant latéralement la vulve mais s'écartant et s'entr'ouvrant régulièrement avec elle et n'apportant par conséquent aucun obstacle à l'expulsion du fœtus, qui ne dure que vingt minutes chez une primipare. Ces végétations, sur lesquelles on applique des compresses trempées dans une solution de chloral à 5 0/0, sont en grande partie disparues au départ de la femme.

L'enfant de cette femme est une fille de 3.320 grammes et de 50 cent. de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,4. — Occipito-mentonnier, 13,7. — Bi-pariétal, 9,3. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 9,7.

Délivrance naturelle 40 minutes après l'accouchement. Le placenta se présente par la face fœtale. Il est circulaire. Son poids est de 550 gr. Membranes complètes 15/38. Liquide amniotique normal. Insertion vérolamenteuse du cordon qui mesure 35 centimètres.

L'enfant est envoyé en nourrice au sein dans le département du Cher. La mère sort en bonne santé le 21 novembre.

OBSERVATION 86 (1022-1890).

La femme X..., cuisinière, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 6 novembre 1890 à 2 h. 1/2 du soir. Elle a eu la rougeole dans sa première enfance. En 1888 elle a été atteinte par la grippe. Bas-sin normal. Primipare. Régulée pour la première fois à 15 ans et depuis cette époque elle a toujours été bien réglée. Dernières règles le 5 février. Hauteur de l'utérus 32 centimètres. Enceinte de 8 mois 1/2. Elle a eu quelques vomissements au début de sa grossesse. Au troisième mois petit abcès de la partie supérieure et interne de la grande lèvre droite. Cet abcès s'est ouvert spontanément. Le 6 novembre, à 7 heures du matin, perte de sang assez abondante, qui s'est prolongée jusqu'à 11 heures. Le fœtus se présente par le sommet en gauche antérieure. Bruits du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic. On ne sait pas au juste à quel moment remonte le début du travail. A son entrée la femme a une dilatation grande comme une pièce de 5 francs. La dilatation est complète à 5 h. 30 du matin le 7 novembre. Les membranes se rompent spontanément à la dilatation complète. Expulsion à 5 h. 50 du matin le même jour.

Fille d'un poids de 2500 grammes et de 45 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,2. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9,2. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 3.

Le placenta, qui se présente par sa face utérine, vient spontanément 1 h. 15 après l'expulsion du fœtus. 35 minutes après la sortie de l'enfant, l'utérus était revenu sur lui-même après son mouvement ascensionnel, on avait pratiqué le toucher et on avait trouvé que l'insertion du cordon était vélamenteuse. On attendit l'expulsion spontanée du placenta. Au bout de 40 minutes, on trouvait le placenta à la vulve et les membranes étant encore un peu adhérentes, on est obligé pour les attirer de les tordre. Le placenta pèse 450 grammes. Membranes 30/0. Longueur du cordon 48 centimètres. Liquide amniotique normal. L'enfant pèse 2650 grammes, au départ de la mère le 17 novembre.

OBSERVATION 87 (1099-1890).

La femme X..., ménagère, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 11 h. 1/2 du matin le 24 novembre 1890. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Régée à 17 ans et depuis toujours bien réglée. Dernières règles le 24 février. Hauteur de l'utérus 30 centimètres. Elle est dans le dernier mois de sa grossesse. Pas d'accidents ni de complications durant son cours. Le travail débute le 24 novembre 1890 à 6 heures du matin. La dilatation commence à 5 heures du soir. Elle est complète à 8 h. 1/2 du soir. Entre temps la poche des eaux s'est rompue spontanément à 7 h. 45. Accouchement spontané à 9 h. 30 du soir d'un enfant se présentant par le sommet en gauche antérieure. Durée totale du travail, 15 h. 1/2.

Fille de 2720 grammes et de 48 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 12. — Bi-pariétal, 8,6. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 9.

Délivrance naturelle à 10 heures du soir. Le placenta se présente par la face fœtale. Forme circulaire. Poids 450 grammes. Pas d'altération. Le cordon a son insertion vélamenteuse. 60 centimètres de longueur. Membranes complètes, 27/13. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant bien portants à leur sortie le 8 décembre.

OBSERVATION 88 (1123-1890).

La femme X..., blanchisseuse, est entrée à la clinique Baudelocque le 11 novembre 1890. Elle a présenté des accidents de scrofule dans son enfance. Elle a marché à 4 ans, et l'attention immédiatement attirée de ce fait sur son bassin, on le trouve canaliculé à l'examen. Primipare. Régée pour la première fois à 15 ans et depuis bien réglée. Dernières

règles à la fin de février 1890. Mouvements actifs au mois de juin. Hauteur de l'utérus 32 centimètres. Enceinte de 9 mois. Dans sa grossesse, cette femme a perdu du sang en petite quantité et à plusieurs reprises les 9, 10, 11 novembre. Pas d'albumine. L'examen général nous montre un peu d'incurvation des fémurs. Le fœtus a la tête en bas et le dos à droite. L'engagement n'est pas fait. Auscultation au-dessous et à droite de l'ombilic. Le travail commence à 6 heures du matin le 29 novembre. A midi dilatation grande comme une pièce de 0, 50. Le 30 novembre à 2 heures du soir dilatation grande comme 2 francs à peine et les membranes sont tendues même pendant les contractions. A 4 heures du soir le 30 novembre dilatation toujours la même. Bruits du cœur fœtal ralentis. A 8 heures du soir le même jour dilatation grande comme 5 francs. Membranes constamment tendues. Bruits du cœur dans le même état. A 9 heures rupture artificielle des membranes. La dilatation avait la grandeur d'une petite paume de main et les membranes étaient continuellement tendues. A ce moment la tête était amorcée et tout à fait appliquée contre les membranes. Vingt minutes après la rupture des membranes la dilatation était complète et 10 minutes plus tard cette femme expulse un garçon de 2530 grammes et de 49 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11, 5. — Occipito-mentonnier, 12, 8. — Bi-pariétal, 8, 5. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique 9, 3.

Délivrance naturelle 25 minutes après l'expulsion. Le placenta, qui s'est présenté par son bord, pèse 380 grammes. Membranes entières 34/5. Le cordon s'insère sur les membranes à 4 centimètres du bord inférieur du placenta, donc tout auprès de l'orifice. Il est retenu à ce niveau sur les membranes par un méso-colon d'un centimètre, puis il longe les membranes, sur lesquelles il est directement appliqué jusqu'au bord du placenta. Les vaisseaux funiculaires ne divergent pas avant d'avoir rencontré le placenta. Ce dernier est absolument sain. Liquide amniotique normal en quantité et en coloration.

Mère et enfant sortent bien portants le 11 décembre.

OBSERVATION 89 (1214-1890).

La femme X..., lingère, entre à la salle de travail de la clinique Baude-locque le 22 décembre 1890 à midi. Elle a fait un érysipèle de la face à 19 ans et quelques bronchites. Bassin normal. Primipare. Régulée à 12 ans 1/2 et depuis elle a ses règles régulièrement. Dernière apparition des règles le 25 mars 1890. Apparition des mouvements actifs vers la fin de juillet. Enceinte de 9 mois. Pas d'accident ni de complication dans cette grossesse. Le fœtus se présente par le sommet en gauche postérieure et les centres d'auscultation se trouvent au lieu d'élection. Pas d'albumine dans les urines. Début du travail à 10 heures du matin le 22 décembre 1890. Début de la dilatation à 3 h. 1/2. Dilatation

complète à 5 h. 1/4 du soir. Les membranes s'étaient rompues prématurément à 7 heures du matin. Expulsion du fœtus à 5 h. 55. Durée totale du travail 8 heures.

Garçon de 3015 grammes et de 47 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.5. — Occipito-mentonnier, 12,8. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8,2. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Délivrance naturelle à 6 h. 40. 250 grammes de gros caillots. Contractions violentes et très douloureuses depuis l'expulsion jusqu'à la délivrance. Pas d'hémorrhagie consécutive à l'arrière-faix. Le placenta pèse 500 grammes. Membrane complète 28/8. Insertion vélamenteuse du cordon d'une longueur de 54 centimètres. Notable quantité de liquide amniotique.

Mère et enfant sortent en bonne santé le 1^{er} janvier.

OBSERVATION 90 (150-1891).

La femme X..., sans profession, a encore ses parents. Ils sont bien portants. Son père est âgé de 64 ans, et, sa mère, qui a eu deux jumeaux à l'une de ses grossesses, a actuellement 56 ans. Elle n'a jamais été malade. Six accouchements antérieurs, normaux, à terme. Cinq de ses enfants sont encore vivants. Elle devient de nouveau enceinte et elle entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 2 février 1891 à 10 heures du matin. Elle a été réglée à 11 ans et depuis elle a toujours été bien réglée. Elle ne sait pas quand elle a marché mais son bassin est normal. Les dernières règles remontent au 10 juillet 1890. Son utérus a une hauteur de 31 centimètres. Elle est donc enceinte de 6 mois 1/2. On ne remarque pas d'albumine dans ses urines. Rien de particulier n'était venu signaler la grossesse de cette femme jusqu'à la fin de janvier, lorsqu'à cette époque, pendant quatre jours, du 28 au 2 février, elle perdit une assez grande quantité de sang. Le 2 février, à 6 heures du matin, l'hémorrhagie s'arrête spontanément. A ce moment survient la première douleur et tout d'un coup la femme expulse une quantité de liquide clair, rosé, qu'elle évalue à deux litres environ. Une demi-heure avant, elle avait uriné. Elle est apportée à la clinique le 2 février à 10 heures du matin. Au moment de son entrée dans le service, cette femme perd du sang en quantité modérée. Cet écoulement sanguin disparaît sous l'influence d'injections vaginales chaudes. La paroi abdominale est très tendue. L'exploration de l'excavation par le palper est rendue assez difficile par une sensibilité assez grande de la femme au niveau de la région hypogastrique. On constate cependant qu'il n'y a pas de partie fœtale engagée, que l'un des pôles fœtaux, le siège probablement est au niveau de la fosse iliaque droite, le sommet au-dessus et à gauche de l'ombilic. En pratiquant le toucher on trouve un col divisé en deux lambeaux et présentant une induration assez prononcée. Il est irrégulier.

On remarque en outre que la vessie plonge en partie dans l'excavation. La femme est sondée. On retire 660 gr. de liquide, bien qu'elle dit avoir uriné, il y a une demi-heure. Malgré l'évacuation de l'urine le palper reste difficile en raison de la rétraction utérine. Cependant on peut ramener au détroit supérieur la partie fœtale la plus rapprochée. Au toucher on a la sensation que la partie fœtale est descendue dans le segment inférieur de l'utérus. Dès ce moment, l'hémorrhagie a cessé complètement. La dilatation est complète à 11 h. 25 du soir le 2 février 1891. A 11 h. 30 expulsion de deux fœtus du sexe féminin à trois minutes d'intervalle. Le travail a duré 17 h. 30.

Ces deux jumeaux sont deux filles qui pèsent : la première 1350 gr. et la seconde 1040 gr. et qui mesurent : la première 38 centimètres, la seconde 34 centimètres.

Principaux diamètres de la 1^{re} : Occipito-frontal, 9. — Occipito-mentonnier, 11. — Bi-pariétal, 7 1/2. — Bi-temporal, 6,2. — Sous-occipito-bregmatique, 9.

Principaux diamètres de la 2^e : Occipito-frontal, 9. — Occipito-mentonnier, 10. — Bi-pariétal, 7,3. — Bi-temporal, 6. — Sous-occipito-bregmatique, 8,1.

Mis dans une couveuse le jour de sa naissance, le premier enfant meurt le lendemain. Le second enfant, qu'on avait placé dans la couveuse aussitôt après sa naissance, meurt le 9 février à 9 heures du soir.

Expulsion spontanée du placenta à 11 h. 38. Une seule masse placentaire, circulaire, de 420 gr., sans altérations. Membranes normales et mesurant 36/11, 2/9. Insertion centrale pour le cordon du premier jumeau, vélamenteuse pour le cordon du second. Le premier mesure 36 centimètres et le deuxième 26 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère sort le 12 février.

OBSERVATION 91 (334-1891).

La femme L., femme de chambre, âgée de 24 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 16 mars 1891 à midi. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Réglée à 13 ans 1/2 et depuis règles régulières. Elle les a eues pour la dernière fois le 14 juin 1890. Apparition des mouvements actifs en octobre. Hauteur de l'utérus, 32 centimètres. La grossesse est dans le 9^e mois. Pas d'accidents. Les urines ne renferment pas d'albumine. Le fœtus se présente par le sommet en gauche transversale. Bruits du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail à minuit 16 mars 1891. Début de la dilatation à midi 17 mars. La tête s'engage en gauche antérieure. A midi 3/4 on constate une poche amnio-choriale qui se rompt spontanément à cette heure. Il s'écoule une quantité de liquide de deux verres environ. Dilatation complète à 4 heures du soir. Les membranes s'étaient rompues une demi-heure avant. Expulsion du fœtus à 4 h. 20. Durée totale du travail 16 h. 20.

Garçon de 2380 grammes et de 45 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10,7. — Occipito-mentonnier, 12,6. — Bi-pariétal, 8,7. — Bi-temporal, 7,7. — Sous-occipito-bregmatique, 9,2.

Délivrance naturelle à 5 heures du soir. Placenta se présentant par la face fœtale, de 540 grammes. Membranes complètes 29/6. Insertion vélamenteuse du cordon qui mesure 46 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant sortent bien portants le 28 mars.

OBSERVATION 92 (650-1891).

La femme P., domestique, âgée de 49 ans, entre, le 21 mai 1891 à 9 heures du matin, à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Premières règles à 10 ans et depuis bien réglée. Date des dernières règles vers le 28 août 1890. Apparition des mouvements actifs au commencement de mars. Hauteur de l'utérus 28 centimètres. Enceinte de 8 mois 1/2. Pas d'accidents à signaler. Les urines ne renferment pas d'albumine. Le fœtus se présente en gauche transversale par le sommet. Bruits du cœur à gauche au-dessus de l'ombilic. Début du travail à 11 heures du matin le 21 mai. Les membranes s'étaient rompues prématurément à 6 heures du matin le même jour. Début de la dilatation à 1 heure du soir. La tête s'engage en gauche antérieure. Dilatation complète à 8 h. 15 du soir. Expulsion du fœtus à 9 heures du soir. Durée totale du travail 10 heures.

Garçon de 2440 grammes et de 43 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,5. — Occipito-mentonnier, 12,7. — Bi-pariétal, 8,5. — Bi-temporal, 7,4. — Sous-occipito-bregmatique, 9,3.

Délivrance naturelle à 9 h. 25 du soir. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. 390 grammes. Membranes complètes 28/7. Liquide amniotique ? Insertion vélamenteuse du cordon, qui a 55 centimètres de longueur.

L'enfant et la mère sortent bien portants de la clinique le 30 mai.

OBSERVATION 93 (939-1891).

La femme G..., couturière, âgée de 32 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 20 juillet 1891 à 3 heures du matin. Elle a eu la variole à 12 ans, le choléra nostras à 21 ans, une fluxion de poitrine un peu plus tard et il y a 3 ans de la vésanie puerpérale. Son bassin est normal. Trois accouchements antérieurs, à terme, spontanés, d'enfants vivants. Réglée à 17 ans et depuis irrégulièrement. Dernière apparition des règles au commencement de novembre. Apparition des mouvements actifs vers le milieu de février. Hauteur de l'utérus, 30 centimètres. Elle est enceinte de 8 mois 1/2. Elle a quelques varices légères aux membres inférieurs. Pas d'accidents ni de complication durant

sa grossesse. Pas d'albumine. Sommet en gauche antérieure. Début du travail le 19 juillet au matin ? Rupture des membranes dans le même temps ? Dilatation complète à 3 h. 20 du matin le 20 juillet. Expulsion du fœtus 30 minutes après. Durée totale du travail, 20 heures environ.

Fille pesant 2050 et mesurant 43 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10,5. — Occipito-mentonnier, 13,2. — Bi-pariétal, 9,4. — Bi-temporal, 8,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Le placenta se présente par sa face fœtale. Engagement à 4 h. 30 matin. Expulsion spontanée à 5 heures du matin. Forme ovalaire. Poids, 370 grammes. Sans altération. Insertion vélamenteuse du cordon, qui a 65 centimètres de longueur. Membranes 17/23. Liquide amniotique normal.

La mère quitte la clinique le 30 juillet. L'enfant est bien portant.

OBSERVATION 94 (1068-1891).

La femme T..., sans profession, âgée de 25 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 13 août 1891 à 2 h. 1/2 du matin. Bonne constitution. Bassin normal. Deux accouchements à terme. Le premier enfant vit ; le second est mort à 6 mois. Premières règles à 13 ans et règles régulières. Dernière apparition des règles vers le 13 décembre. Apparition des mouvements actifs en mai. Hauteur de l'utérus 23 centimètres. Enceinte de 7 mois 1/2. A la fin de janvier perte de sang légère. En février pertes de sang pendant deux jours. En mars pertes survenant à plusieurs reprises durant un jour. En avril nouvelles pertes plus abondantes, qui affaiblissent la malade et surviennent toujours sans coliques. En mai les pertes se reproduisent presque tous les jours, quelquefois très légères, quelquefois très abondantes, mais sans caillots. Le 4 juin hémorrhagie plus abondante que de coutume et accompagnée de caillots. Pas d'amaigrissement, sueurs la nuit. Pas d'albumine. Le fœtus se présente en gauche postérieure par le sommet. Le travail commence à 1 heure du matin le 13 août. Dilatation complète à 5 heures du matin et rupture des membranes au même moment. Expulsion du fœtus dix minutes après. Durée totale du travail 5 h. 10.

Garçon de 2180 grammes et de 45 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,7. — Occipito-mentonnier, 12,2. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8,2. — Sous-occipito-bregmatique, 9,2.

Délivrance naturelle à 6 h. 10 du matin. Le placenta se présente par son bord. Réniforme. 500 grammes. Membranes 21/7. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 33 centimètres. Liquide amniotique ?

La mère sort de la clinique avec son enfant le 31 août 1891.

OBSERVATION 95 (1115-1891).

La femme A..., femme de chambre, âgée de 29 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 22 août 1891 à 8 heures du soir. Elle a fait la fièvre typhoïde à 4 ans. Elle a eu des migraines fréquentes depuis l'âge de 12 ans et une extinction de voix à 24 ans pendant quatre mois. Bassin normal. Un accouchement antérieur spontané d'un garçon vivant, mort à trois mois. Réglée à 17 ans et depuis assez régulièrement. Dernières règles le 17 novembre 1890. Mouvements actifs en avril. Hauteur de l'utérus 32 centimètres. Cette femme est dans le 9^e mois de sa grossesse. Elle a eu des vomissements fréquents jusqu'au 4^e mois de sa grossesse. Le 17 et le 18 avril 1891, elle a perdu un peu de sang. Pas d'albumine. L'examen général nous montre des cicatrices multiples d'abcès sur le membre inférieur droit, de l'œdème des deux jambes et des varices aux deux membres inférieurs. A l'examen obstétrical on trouve une présentation du sommet en gauche transversale. Foyer maximum des bruits du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail vers les 3 heures du soir le 22 août 1891. Dilatation complète à 7 h. 30 du matin le 23 août. Rupture spontanée des membranes à 7 h. 30 le 23 août. Expulsion du fœtus à 7 h. 55 du matin le même jour. Durée totale du travail 16 h. 55.

Fille de 2860 grammes et d'une longueur de 47 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,7. — Occipito-mentonnier, 13,6. — Bi-pariétal, 8 1/2. — Bi-temporal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Expulsion spontanée du placenta à 8 h. 30 du matin. Il pèse 490 g. Dégénérescence calcaire tout le long des bords. Membranes complètes 17/7. Insertion vélamenteuse du cordon, qui a 45 centimètres de longueur. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant en bonne santé à leur sortie le 1^{er} septembre 1891.

OBSERVATION 96 (1184-1891).

La femme P..., cuisinière, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 8 septembre 1891 à 7 h. 40 du soir. Cette femme a une bonne constitution et un bassin normal. Un accouchement antérieur normal et à terme d'un enfant vivant et bien portant. Réglée pour la première fois à 16 ans et règles régulières depuis cette époque. Dernières règles au commencement du mois de mai 1891. Mouvements actifs au commencement de septembre 1891. Hauteur de l'utérus 21 centimètres. Femme enceinte de 4 mois. A 4 heures du soir le 1^{er} septembre 1891, elle a senti des douleurs et les membranes se sont rompues spontanément; en même temps perte de sang. Depuis les douleurs et les pertes de sang toujours petites ont continué jusqu'à son entrée à la salle de travail. Il était alors 7 h. 40 du soir et l'on était le 8 septembre. La di-

latation ne tardait pas à être complète à 10 heures du soir. La femme accouchait d'un enfant par le siège cinq minutes après. Durée totale du travail 30 heures.

Enfant mort de 390 grammes.

Expulsion spontanée du placenta à 11 h. 10 du soir. Ce placenta pèse 200 grammes. Membranes complètes 12/3. Insertion vélamenteuse du cordon, qui est long de 37 centimètres. Liquide amniotique ?

La mère sort bien portante le 17 septembre 1891.

OBSERVATION 97 (1273-1891).

La femme H. . . , sans profession, âgée de 20 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 29 septembre 1891 à 7 heures du matin. Elle a eu la fièvre typhoïde à 12 ans. Bassin normal. Primipare. Premières règles à 14 ans. Bien réglée depuis cette époque. Date de la dernière apparition des règles au commencement de janvier. Hauteur de l'utérus 30 centimètres. Enceinte de 9 mois. Elle a eu des vomissements et de la céphalalgie durant cette grossesse. On ne trouve pas d'albumine dans ses urines. Le fœtus se présente par le sommet en gauche antérieure. Bruits du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail le 29 septembre à 4 heures du matin. Rupture des membranes à la dilatation complète à 9 h. 1/2 du matin. Expulsion du fœtus à 11 h. 1/2 du matin après 7 h. 1/2 de travail.

Garçon pesant 2650 grammes et long de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,2. — Occipito-mentonnier, 11,5. — Bi-pariétal, 8,8. — Bi-temporal, 8,1. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Délivrance naturelle à midi cinq minutes. Placenta se présentant par sa face fœtale, de 540 grammes, circulaire. Membranes 23/4. Insertion vélamenteuse du cordon, qui est long de 53 centimètres. Liquide amniotique ?

Mère et enfant quittent la clinique en bonne santé le 8 octobre.

OBSERVATION 98 (1310-1891).

La femme N. . . , blanchisseuse, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 8 octobre 1891 à 8 h. 1/2 du matin. Elle n'a jamais fait de maladie. Son bassin est normal. Elle est enceinte pour la quatrième fois. Elle a déjà eu deux garçons à terme et bien portants actuellement. A sa troisième grossesse elle est accouchée d'une fille morte depuis lors à 6 mois. Elle a été réglée à 16 ans et ses règles sont régulières. Ses dernières règles datent du 1^{er} janvier 1891. Hauteur de l'utérus 43 centimètres. Elle est enceinte de 9 mois. Cette grossesse s'est bien passée. Pas d'albumine dans les urines. A l'examen cette femme offre de l'œdème sus-pubien. La paroi abdominale est très tendue. Au palper on trouve deux fœtus dont le premier se présente par le sommet en gauche anté-

rieure et dont le second a le siège en bas en droite transversale. Deux foyers d'auscultation. Début du travail le 8 octobre à 1 heure du matin. Dilatation complète à 11 h. 40 du matin le même jour. Rupture des membranes à 11 h. 45. Expulsion du premier fœtus à 12 h. 35. Après l'expulsion de cet enfant, Mlle Roze fait la version par manœuvres externes. On ne trouve rien au toucher. Après avoir rompu les membranes, on sent une procidence du cordon, d'un bras et des deux pieds. Mlle Roze fait la rétropulsion et la femme accouche spontanément du deuxième enfant à 12 h. 50. Durée totale du travail 12 h. 50.

Les deux jumeaux appartiennent au sexe féminin. La première fille pèse 2750 grammes et mesure 48 centimètres. La seconde a un poids de 3080 grammes et une longueur de 49 centimètres.

Principaux diamètres de la 1^{re} : Occipito-frontal, 11,9. — Occipito-mentonnier, 13,4. — Bi-pariétal, 9,4. — Bi-temporal, 7,7. — Sous-occipito-bregmatique, 10,4.

Principaux diamètres de la 2^e : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 13,7. — Bi-pariétal, 9,4. — Bi-temporal, 7,6. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Le 20 octobre, le premier enfant présente de la mammite double d'autant de la veille. On décide de faire l'incision le soir. Abscès volumineux à droite et à gauche du volume d'un œuf de poule ; le droit est à droite et au-dessous du mamelon ; le gauche est sur le mamelon et descend obliquement en bas et à gauche. Pus épais, crémeux ; poches très tendues. M. Potocki se contente d'évacuer le pus par la pression mais ne fait pas d'injection. Mèche iodoformée. Pansement compressif à la gaze iodoformée. Une seule incision au point déclive. Un troisième abcès du volume d'une noisette existe au pli du coude. Traitement précédent. Pansement les jours suivants.

Le placenta a été expulsé spontanément sept minutes après l'accouchement. Ovalaire. Il pèse 1000 grammes. Il y a des noyaux fibro-graisseux sur sa face fœtale. Membranes déchirées mais paraissant complètes 25/13. Insertion du cordon du premier enfant vélamenteuse ; celle du second est centrale. Liquide amniotique normal.

Mère et enfants sortent en bonne santé le 7 novembre 1891.

OBSERVATION 99 (1477-1891).

La femme B., domestique, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 9 heures du matin le 16 novembre 1891. Elle n'a jamais fait de maladie. Son bassin est normal. Primipare. Premières règles à 17 ans. Depuis cette époque la femme est réglée irrégulièrement. Dernières règles le 15 février 1891. Apparition des mouvements actifs en juillet. Hauteur de l'utérus 30 centimètres. Enceinte de 9 mois. Les urines contiennent beaucoup d'albumine. Elle a de l'œdème des membres inférieurs et sus-pubien. Le fœtus se présente par le sommet en droite

antérieure. Bruit du cœur à gauche et en avant. Début du travail à 1 h. du matin le 16 novembre. Rupture des membranes en même temps. Dilatation complète à 11 h. 1/2 du matin. Expulsion du fœtus à 1 h. 35 après un travail de 12 h. 35.

Garçon d'un poids de 2500 grammes et d'une longueur de 47 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 8 1/2.

Délivrance naturelle à 2 h. 5 du soir. Placenta se présentant par la face fœtale, circulaire, de 490 grammes, avec lésions albuminuriques. Membranes entières 24/10. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 43 centimètres et qui formait deux circulaires très serrés autour du cou. On les sectionna. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant sortent bien portants de la clinique le 27 novembre.

OBSERVATION 100 (85-1892).

La femme D. . . , couturière, entre à la clinique Baudelocque le 19 janvier 1892. Elle a fait une fièvre typhoïde à 19 ans. Son bassin est normal. Un accouchement antérieur avant terme d'un enfant vivant et bien portant. Elle a eu ses règles pour la première fois à 11 ans et depuis cette époque elles ont toujours été régulières. Date des dernières règles ne peut être précisée. Elle paraît enceinte de 7 mois. Pendant sa grossesse elle a eu de la céphalalgie, des troubles de la vue, des épistaxis. A son entrée on trouve une grande quantité d'albumine dans ses urines et un œdème considérable des membres inférieurs. Immédiatement on la soumet au régime lacté, on la couvre de flanelle et on la met au repos après avoir eu soin de lui donner un purgatif d'eau-de-vie allemande. L'enfant se présente par le sommet. Il est vivant. Cette femme entre en travail le 20 janvier à 8 h. 1/2 du soir. La dilatation est complète à 10 h. 1/2 du soir et presque aussitôt elle accouche d'un enfant vivant après un travail rapide, comme on le voit, et sans avoir été nullement agitée. Quelques minutes après l'accouchement, la parturiente a un accès d'éclampsie. On pratique la délivrance trois quarts d'heure après l'accouchement. Alors se produit un nouvel accès très court. On donne du chloroforme et un lavement de chloral de 4 grammes à cette femme. Au bout d'une demi-heure, elle reprend tout à fait connaissance, mais se plaint d'une douleur frontale très intense. Pas d'autres accès. Le 21 janvier, la malade continue à se plaindre de la tête. Elle est encore très agitée. On lui donne encore deux lavements de chloral, un le matin et un le soir. Tous les jours jusqu'au 6 février on constate une quantité d'albumine dans ses urines qui oscille autour d'un gramme. A cette époque l'albumine diminue rapidement et ne tarde pas à disparaître.

Fille de 1520 grammes et de 40 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10. — Occipito-mentonnier, 11,2. — Bi-pariétal, 8. — Bi-temporal, 6,8. — Sous-occipito-bregmatique, 9.

Le placenta s'est présenté par sa face utérine. Circulaire. Poids de 250 grammes. Comme lésion un foyer hémorrhagique récent au niveau du bord du placenta. Membranes 23/41. Insertion vélamenteuse du cordon au premier degré. Longueur du cordon, 47 centimètres. Liquide amniotique ?

Mère et enfant sortent en bonne santé le 18 février 1892.

OBSERVATION 101 (280-1892).

La femme L., domestique, âgée de 35 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 11 heures du soir le 17 février 1892. Elle a eu une pneumonie à 14 ans. Bassin normal. Deux accouchements antérieurs spontanés et à terme d'enfants vivants s'étant présentés par le sommet. Réglée à 14 ans et irrégulièrement depuis lors. Date des dernières règles du 25 au 30 mai. Apparition des mouvements actifs le 8 octobre. Cette femme est enceinte de 9 mois. Pas d'accidents ni de complications dans sa grossesse. Les urines n'ont pas été examinées. Elle a un peu de bronchite. On relève un œdème assez accentué des parois abdominales et surtout sus-pubien. A son entrée dans le service vers 11 heures du soir, elle avait perdu les eaux dans son lit à 10 h. 30. Les premières douleurs s'étaient fait sentir à 10 heures du soir. Au toucher la dilatation du col était à peine de la grandeur d'une pièce de 2 francs. Le palper est difficile. Les parois sont très tendues. On croit à une grossesse gémellaire, mais on ne porte pas affirmativement le diagnostic. A 2 heures du matin la dilatation est complète. A 2 h. 35 expulsion d'un enfant par le sommet. Les contractions rapides de l'utérus et la tension des parois ne permettant pas un palper facile après l'expulsion du premier fœtus, un deuxième fœtus vient se présenter à la vulve, la poche des eaux le recouvrant encore complètement en position sacro-droite postérieure, siège complet. M. Lepage fait l'extraction du fœtus par les manœuvres ordinaires. Il est 2 h. 45. Le travail a duré 4 h. 45.

Les deux enfants sont du sexe féminin. Poids de la première fille 2550 grammes. Poids de la deuxième 2000 grammes. Longueur de la première 44 centimètres. Longueur de la seconde 43 centimètres.

Principaux diamètres de la 1^{re} : Occipito-frontal, 10,7. — Occipito-mentonnier, 12,6. — Bi-pariétal, 9,2. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 9,4.

Principaux diamètres de la 2^e : Occipito-frontal, 10,3. — Occipito-mentonnier, 11,5. — Bi-pariétal, 8,7. — Bi-temporal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 8,7.

Le placenta est expulsé spontanément à 2 h. 50. Ovalaire. 760 grammes. Une seule masse placentaire. Membranes dissociées mais complètes

29/8. Liquide amniotique normal. Insertion du premier cordon excentrique. Insertion du second vélamenteuse.

La femme, après avoir été soumise à l'irrigation continue pour de la fièvre, sort guérie le 2 mars avec ses enfants.

OBSERVATION 102 (224-1892).

La femme B., ouvrière, âgée de 23 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 18 février 1892, à 11 heures du matin. Jamais elle n'a été malade. Son bassin est normal. Primipare. Elle ne sait pas à quel âge elle a été réglée; mais ses règles viennent régulièrement. Date des dernières règles le 21 mai. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Cette dernière n'a pas été signalée par des accidents. Elle n'a pas d'albumine dans les urines. Son enfant se présente par le sommet en droite postérieure. Auscultation à droite au-dessous de l'ombilic. Début du travail le 18 février à minuit. Rupture des membranes à la dilatation complète le 18 février à midi 15. Expulsion du fœtus à 2 h. 25 du soir, après un travail de 14 h. 25.

Fille de 2720 grammes et de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 12. — Bi-pariétal, 8. — Bi-temporal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 9.

Délivrance naturelle quarante minutes après l'accouchement. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Circulaire. D'un poids de 500 gr. Membranes 28/6. Insertion vélamenteuse du cordon, qui a une longueur de 51 centimètres. Liquide amniotique normal.

Le 1^{er} mars la mère et l'enfant sortent de la clinique bien portants.

OBSERVATION 103 (231-1892).

La femme B..., domestique, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 20 février 1892 à 10 heures du matin. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Premières règles à 14 ans et régulières ensuite. Dernières règles vers le 25 mai 1891. Apparition des mouvements actifs le 15 octobre 1891. Hauteur de l'utérus 34 centimètres. Cette femme est dans le 9^e mois de sa grossesse. Rien de particulier à signaler dans cette grossesse. L'enfant se présente par le sommet en gauche postérieure. Enfant vivant. Début du travail le 20 février 1892 à 5 heures du matin. La dilatation commence à 9 heures. Elle est complète à 2 heures du soir. Les membranes se sont rompues durant la nuit du 19 au 20 février. Expulsion du fœtus à 3 heures du soir, au bout de dix heures de travail.

Fille d'un poids de 3430 grammes et d'une longueur de 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11.3. — Occipito-mentonnier,

13.5. — Bi-pariétal, 9.2. — Bi-temporal, 8.4. — Sous-occipito-bregmatique, 11.

Délivrance naturelle à 3 h. 45 du soir. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Discoïde. Poids de 520 grammes. Membranes dissociées? Insertion vélamenteuse du cordon, qui est long de 45 centimètres. Liquide amniotique normal.

La femme a eu une lymphangite du sein droit.

Mère et enfant sortent en bonne santé de la clinique le 5 mars.

OBSERVATION 104 (283-1892).

La femme B..., couturière, âgée de 17 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 5 mars 1892 à 5 h. 1/2 du matin. Elle a eu la fièvre intermittente de 3 à 4 ans. Elle a fait la fièvre typhoïde à 12 ans. Enfin à 16 ans elle aurait souffert d'une lymphangite à la jambe gauche. Son bassin est normal. Réglée à 12 ans 1/2 et depuis lors régulièrement. Primipare. Dernières règles du 20 au 24 mai. Cette femme est à terme. Elle a eu des vomissements les quatre premiers mois de sa grossesse et de la vaginite. L'enfant se présente par le sommet en droite postérieure. Auscultation à droite au-dessous de l'ombilic. Début du travail le 4 mars à minuit. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète le 5 mars à 10 h. 45 du matin. Expulsion du fœtus à midi après douze heures de travail.

Fille de 3560 grammes et de 52 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,8. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9,5. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9,7.

Délivrance naturelle 45 minutes après l'expulsion de l'enfant. Le placenta s'est présenté par son bord. Circulaire. Poids de 580 grammes. Noyaux fibreux sur la face fœtale. Membranes complètes 30/6. Insertion vélamenteuse du cordon, qui a 42 centimètres de longueur. Circulaire très serré autour du cou de l'enfant. Au moment où l'on veut faire passer ce circulaire au-dessus de la tête, le cordon se rompt presque au niveau de l'insertion sur les membranes. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant quittent la clinique le 16 mars en bonne santé.

OBSERVATION 105 (376-1892).

La femme V..., âgée de 34 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 21 mars 1892 à 6 heures du soir. Elle a eu une fièvre typhoïde à 10 ans. Son bassin est normal. Deux accouchements antérieurs normaux par le sommet d'enfants encore vivants en 1888 et en 1890. Même père pour les trois grossesses. Réglée à 12 ans et depuis cet âge règles régulières. Date des dernières règles du 14 au 20 juin. Les mouvements actifs ont fait leur apparition en octobre. Hauteur de l'utérus, 38 centimètres. Enceinte de 9 mois. Pas d'accidents dans la gros-

sesse. Les urines ne renferment pas d'albumine. Le fœtus se présente par le sommet en gauche antérieure et les bruits du cœur s'entendent à gauche au-dessous de l'ombilic. Début de la dilatation le 22 mars à 2 heures du matin. Dilatation complète à 5 h. 10. Les membranes s'étaient rompues spontanément la même jour à 4 h. 30 du matin. Expulsion du fœtus à 5 h. 25 du matin, après 5 h. 25 de travail.

Garçon du poids de 4260 grammes et d'une longueur de 53 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12,2. — Occipito-mentonnier, 14,8. — Bi-pariétal, 9,7. — Bi-temporal, 8,4. — Sous-occipito-bregmatique, 10,4.

Délivrance naturelle à 5 h. 55 du matin. Le placenta se présente par sa face fœtale. Ovale. Poids de 740 grammes. Membranes dissociées mais complètes 38/5. Insertion un peu vélamenteuse du cordon long de 68 centimètres. Circulaire autour du cou. Liquide amniotique normal.

L'enfant est vivant à la sortie de la mère le 2 avril 1892.

OBSERVATION 106 (557-1892).

La femme S. . . , domestique, âgée de 22 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 22 avril 1892 à 7 heures du matin. On ne relève pas de maladies dans son existence. Bassin normal. Primipare. Elle eut ses règles pour la première fois à 18 ans. Depuis cet âge elle a été réglée régulièrement. Date des dernières règles du 10 au 13 juillet 1891. Cette femme est à terme. Elle aurait eu pendant sa grossesse des boutons sur tout le corps. Pas d'albumine dans ses urines. Le fœtus se présente par le sommet en gauche antérieure. Les bruits du cœur s'entendent à gauche au-dessous de l'ombilic. Le travail débute le 21 avril à 8 heures du soir. La dilatation est grande comme une pièce d'un franc à son entrée dans le service, c'est-à-dire à 7 heures du matin le 22 avril. La dilatation est complète à 4 h. 40 de l'après-midi. On rompt artificiellement les membranes à ce moment. Expulsion du fœtus à 2 h. 10. Le travail a duré 18 h. 10.

Garçon de 3680 grammes avec une longueur de 51 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,4. — Occipito-mentonnier, 14,3. — Bi-pariétal, 9,5. — Bi-temporal, 7,7. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Le placenta, qui s'est présenté par son bord, pèse 660 grammes. Membranes déchirées mais complètes. L'insertion du cordon est vélamenteuse. Cette insertion sur les membranes était au point diamétralement opposé à la rupture de l'œuf. Le cordon mesure 57 centimètres. Liquide amniotique normal comme coloration et comme quantité.

L'enfant était vivant à la sortie de la mère le 1^{er} mars.

OBSERVATION 107 (584-1892).

La femme T..., culottière, âgée de 26 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 5 heures du matin le 28 avril. Bonne constitution. Bassin normal. En 1889 elle a déjà eu un enfant. L'accouchement a été normal. L'enfant est mort à six mois. Cette femme a été réglée à 13 ans et depuis elle est réglée régulièrement. Elle a eu ses dernières règles du 20 au 23 août 1891. Hauteur de l'utérus 37 centimètres. Elle est enceinte de huit mois. Pas d'accidents dans sa grossesse. Actuellement on remarque un œdème des membres inférieurs. Le ventre est très tendu. Au palper on trouve deux fœtus : l'un se présente par le sommet en gauche antérieure, l'autre par le siège en droite transversale. Il y a deux centres d'auscultation : l'un à gauche sous l'ombilic, l'autre à droite au-dessus de l'ombilic. Les membranes se sont rompues prématurément à 7 heures du matin le 27 avril 1892. Les premières douleurs apparaissent le 28 avril à 1 heure du matin. La dilatation est complète à 7 h. 15 du matin le même jour. Expulsion spontanée du premier fœtus à 7 h. 25. Après cette expulsion l'utérus se rétracta tant qu'il fallut attendre quelques minutes avant de pouvoir faire la version par manœuvres externes. Le second fœtus est expulsé à 7 h. 40. Durée totale du travail 7 h. 40.

Les deux enfants sont deux garçons. Le premier pèse 2400 ; le second 2120. Ils mesurent : le premier 46 centimètres, le deuxième 42 centimètres.

Principaux diamètres du 1^{er} : Occipito-frontal, 11,2. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7,4. — Sous-occipito-bregmatique, 9,2.

Principaux diamètres du 2^e : Occipito-frontal, 10,2. — Occipito-mentonnie, 11,8. — Bi-pariétal, 8,6. — Bi-temporal, 7,1. — Sous-occipito-bregmatique, 9,3.

Délivrance naturelle à 8 h. 10 du matin le 28 avril 1892. Le placenta se présente par sa face fœtale. Deux masses placentaires séparées par un large pont membraneux. Poids 950 grammes. Membranes complètes 28/9. Liquide amniotique normal. Insertion vélamenteuse au premier degré du cordon du premier fœtus. Ce cordon mesure 62 centimètres. Insertion en raquette du cordon du second ; il mesure 56 centimètres.

Au départ de la mère, le 7 mai, les deux enfants pèsent le premier 2260, le second 1880.

OBSERVATION 108 (636-1892).

La femme D..., domestique, âgée de 24 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 8 mai 1892 à 5 h. 1/2 du soir. Elle a fait la fièvre typhoïde à 19 ans. Elle présente actuellement un souffle au premier temps à la pointe. Elle a un utérus bicorne, dont la corne droite mesure 30 centimètres et la corne gauche 27 centimètres, avec un sillon.

de séparation peu accusé. Bassin normal. Elle a eu antérieurement un accouchement à terme et spontané. Son garçon est mort à trois ans. Régliée à 19 ans et depuis lors régulièrement pendant trois ou quatre jours. Date des dernières règles du 25 au 29 août 1892. Enceinte de 8 mois. Au 7^e et au 8^e mois de la grossesse, cette femme a eu des pertes de sang d'une durée d'un jour. On n'a pas trouvé d'albumine dans ses urines. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Début du travail à 7 heures du soir le 8 mai 1892. Rupture des membranes à la dilatation complète le 8 mai à 11 heures du soir. Accouchement spontané à 11 h. 15, après 4 h. 15 de travail. La tête s'est dégagée en occipito-pubienne.

Garçon pesant 2700 grammes et mesurant 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13,2. — Bi-pariétal, 9,5. — Bi-temporal, 8,3. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 6.

Délivrance naturelle à minuit 40 le 9 mai 1892. Le placenta est discoïde et n'offre pas d'altérations. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 50 centimètres. Membranes complètes 11/24. Liquide amniotique normal.

Date de la sortie, 17 mai. Poids de l'enfant, 2850.

OBSERVATION 109 (675-1892).

La femme G..., âgée de 22 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 15 mai 1892 à 1 h. 10 du matin. Bonne constitution. Bassin normal. C'est une primipare. Premières règles à 12 ans 1/2 et toujours régulières dans la suite. Date des dernières règles du 5 au 10 août 1891. Apparition des mouvements actifs vers le 18 décembre. Hauteur de l'utérus 31 centimètres. Grossesse dans le 9^e mois. Pas d'accident ni de complication. Les urines ne contiennent pas d'albumine. L'enfant se présente par le sommet en droite postérieure. Auscultation à droite au-dessous de l'ombilic. Début du travail à 12 h. 50 du soir le 14 mai. Les membranes s'étaient rompues prématurément cinq minutes auparavant. Dilatation complète à 1 h. 35 du matin le 15 mai. Expulsion du fœtus à 3 h. 20. Durée totale du travail 2 h. 30.

Fille de 2570 grammes et de 47 centimètres de longueur.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11, 2. — Occipito-mentonnier, 12,4. — Bi-pariétal, 9, 1. — Bi-temporal, 7, 5. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 5.

Une demi-heure après l'accouchement, cette femme perdit du sang non pas en quantité considérable mais continuellement. Les membranes étaient à la vulve ainsi que le cordon, qui tenait seulement à un petit lambeau de membranes. L'insertion était vélamenteuse. Il fallut un certain temps pour faire pénétrer la main dans l'utérus ; l'orifice était revenu sur lui-même. Le placenta était adhérent dans presque toute sa

totalité et Mlle Roze mit au moins vingt minutes à décoller complètement le placenta. Les membranes paraissent complètes et mesurent 27/7. Le placenta pèse 400 grammes. Le cordon mesure 52 centimètres de longueur. Liquide amniotique normal.

La mère quitte la clinique avec son enfant le 26 mai 1892. L'une et l'autre sont bien portantes.

OBSERVATION 110 (693-1892).

La femme G..., domestique, âgée de 26 ans, entre le 18 mai 1892 à midi à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle est d'une bonne constitution. Son bassin est normal. Un accouchement antérieur normal d'un enfant mort à trois mois. Les règles, qui sont venues pour la première fois à 17 ans, ont toujours été régulières. Dernière apparition des règles du 17 au 21 août. Les mouvements actifs ont fait leur apparition à fin décembre. Cette femme est dans le 9^e mois de sa grossesse, qui n'a pas présenté d'accidents. Pas d'albumine dans les urines. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail à 8 heures du matin le 18 mai. Au même moment les membranes se rompent spontanément. Dilatation complète à 2 h. 5 du soir. Expulsion du fœtus au bout de 5 minutes. Le travail a duré six heures environ.

Fille d'un poids de 2920 grammes et d'une longueur de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13,6. — Bi-pariétal, 9,5. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 9,8.

Expulsion spontanée du placenta à 2 h. 45 du soir le 18 mai. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Ovale. Poids de 470 grammes. Membranes complètes 27/7. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 45 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant sortent bien portantes de la clinique le 28 mai.

OBSERVATION 111 (981-1892).

La femme X... entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 5 juillet 1892 à 11 h. 1/2 du matin. Elle est d'une bonne santé. Son bassin est normal. Elle est déjà accouchée d'un enfant se présentant à terme par le sommet le 22 juin 1889. Elle a fait ensuite une fausse couche de quatre mois vers le 13 février 1891. Premières règles à 12 ans et toujours régulières depuis lors. Elle a de la leucorrhée depuis sa première grossesse. Date des dernières règles du 25 au 30 octobre 1891. Apparition des mouvements actifs au commencement de mars. Hauteur de l'utérus 28 centimètres. Grossesse de 8 mois. Pas d'albumine dans les urines. Sommet en gauche antérieure avec auscultation à gauche et

au-dessous de l'ombilic. Les premières douleurs se font sentir le 5 juillet à 11 heures du matin. Les membranes s'étaient rompues déjà à minuit. Début de la dilatation à midi. Dilatation complète à 3 h. 15 du soir. L'expulsion du fœtus a duré cinq minutes. Durée totale du travail 4 h. 20.

Fille de 1950 grammes et longue de 42 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 9. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 8. — Bi-temporal, 6,5. — Sous-occipito-bregmatique, 8 1/2.

Trois heures après l'accouchement, le placenta n'était pas engagé et la femme perdait peu mais continuellement. Mlle Roze fit une délivrance artificielle. Le placenta était adhérent dans la corne droite. Une petite partie seulement était décollée. Injection intra-utérine prolongée. Le placenta pèse 350 grammes. Membranes complètes 22/8. Insertion vélamenteuse du cordon qui a une longueur de 54 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant a eu une ophtalmie, qui a débuté le lendemain de sa naissance. Lavages fréquents avec la solution phéniquée à 3/100. Cautérisations au nitrate d'argent à 1/25.

La mère a eu de la lymphangite au sein droit.

Mère et enfant sortent bien portantes le 17 juillet 1892.

OBSERVATION 112 (1016-1892).

La femme D..., lingère, âgée de 28 ans, entre le soir du 11 juillet 1892 à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle est d'une bonne santé. Son bassin est normal. Deux accouchements antérieurs à terme et normaux. Le premier enfant est vivant. Le second est mort en nourrice. Elle a été réglée à 13 ans et a eu toujours des règles régulières. Date des dernières règles du 22 au 25 octobre 1891. Apparition des mouvements actifs à fin janvier. Hauteur de l'utérus 28 centimètres. Cette femme est dans le 9^e mois de sa grossesse. Pas d'accidents à relever. On ne trouve pas d'albumine dans les urines. Présentation du sommet en gauche transversale. Auscultation à gauche et au-dessous de l'ombilic. Début du travail le 12 juillet à 6 heures du soir. Il y avait déjà 16 heures que les membranes s'étaient rompues spontanément. La tête ne tarde pas à s'engager. La dilatation est complète à 7 heures et à 7 h. 45 l'enfant est expulsé. Le travail a duré 1 h. 45.

Fille de 2.200 grammes et de 44 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13,5. — Bi-pariétal, 8,5. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Mise dans une couveuse. L'enfant est allaité par sa mère, qui est aidée par une nourrice. Bains de vin aromatique. Frictions avec le baume Nerval.

Délivrance naturelle à 9 h. 45. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Circulaire, 450 grammes. Membranes incomplètes et déchi-

rées 26/8 ? Insertion vélamenteuse du cordon ayant 35 centimètres de longueur. Liquide amniotique ?

Mère et enfant quittent la clinique le 30 juillet bien portantes.

OBSERVATION 113 (1169-1892).

La femme B..., femme de ménage, âgée de 28 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 14 août 1892 à 6 h. 45 du matin. Elle est d'une bonne santé. Son bassin est normal. Un accouchement antérieur, spontané et à terme, par le sommet, d'un enfant mort à 4 mois. Les règles, qui ont toujours été régulières, sont venues pour la première fois à 17 ans. Elle les a eues pour la dernière fois au commencement de novembre 1891. Les mouvements actifs se sont fait sentir le 15 mars. La hauteur de l'utérus est de 40 centimètres. Grossesse à terme. Pas d'accidents à relever. Les urines ne renferment pas d'albumine. L'état général est bon. L'examen obstétrical fait reconnaître une présentation du sommet en droite transversale. La tension des parois est assez forte. Les bruits du cœur sont entendus à droite au-dessous de l'ombilic. Début du travail le 14 août 1892 à 5 heures du matin. La tête s'engage. La dilatation est complète à 6 h. 15 du soir le 14 août. Les membranes s'étaient rompues trente minutes après le début du travail. L'expulsion du fœtus dure vingt minutes. Durée totale du travail, 13 h. 35.

Garçon d'un poids de 3900 grammes et d'une longueur de 44 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12,1. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9,5. — Bi-temporal, 8,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Délivrance naturelle, 35 minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Il est circulaire et pèse 510 grammes. Membranes complètes, 25/7. Insertion vélamenteuse du cordon, long de 55 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant est mort le 17 août 1892 à 5 heures du matin. A l'autopsie, on trouve une congestion intense du poumon droit ; la capsule surrénale est indurée ; entre le rein et la capsule gros kyste hémorragique du volume d'une noisette.

OBSERVATION 114 (1230-1892).

La femme P..., marchande ambulante, âgée de 47 ans, entre à 8 h. 15 du soir le 23 août 1892 à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle n'a jamais eu de maladie. Elle est d'une bonne constitution. Son bassin est normal. Primipare. Réglée à 13 ans. Date des dernières règles du 25 au 28 novembre 1891. Apparition des mouvements actifs au milieu d'avril. Elle est enceinte de 9 mois. Elle n'a pas eu d'accidents dans sa grossesse. Sommet en gauche transversale. Apparition des pre-

mières douleurs à 8 h. 15 du soir le 23 août 1892. Début de la dilatation à 10 heures du soir le 23 août. A ce moment, rupture spontanée des membranes. Dilatation complète à 1 h. 20 du matin le 24. Expulsion du fœtus à 1 h. 35 du matin. Durée totale du travail, 5 h. 20.

Fille de 2910 grammes et de 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,8. — Occipito-mentonnier, 15,7. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Délivrance naturelle à 2 h. du matin le 24 août. Le placenta se présente par sa face fœtale. Circulaire. Poids, 550 gr. Sans lésions. Insertion vélamenteuse au premier degré du cordon. Longueur, 55 centimètres. Membranes complètes, 33/10. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant en bonne santé à la sortie le 2 septembre 1892.

OBSERVATION 115 (1238-1892).

La femme P..., couturière, âgée de 28 ans, entre à la clinique Baudelocque le 24 août 1892 à 9 h. 1/4 du soir. Bonne santé habituelle. Bassin normal. Primipare. Réglée la première fois à 18 ans et règles régulières dans la suite. Cette femme ne connaît pas la dernière apparition de ses règles. Elle ne se rappelle pas le moment où son enfant a remué. Son utérus a 33 centimètres de hauteur. Elle n'est pas à terme. Sa grossesse s'est bien passée et on ne trouve pas d'albumine dans ses urines. Son enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Auscultation à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail à 2 heures du matin le 24 août. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète le même jour à 9 h. 3/4 de l'après-midi. Expulsion du fœtus à 10 h. 25, après un travail de 20 h. 25.

Fille de 2470 grammes et mesurant 45 centimètres. Elle présente une gueule de loup.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,4. — Occipito-mentonnier, 12,8. — Bi-pariétal, 8,8. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9,7.

Délivrance naturelle à 11 h. 15 du soir le 24 août 1892. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Ovalaire. 550 grammes. Membranes complètes, 20/7. Insertion vélamenteuse du cordon, long de 61 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant sont bien portantes à leur sortie de la clinique le 27 septembre.

OBSERVATION 116 (1279-1892).

La femme J..., ménagère, âgée de 37 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 3 septembre 1892 à 5 heures du soir. Elle a eu la fièvre typhoïde à 11 ans. Bassin bien conformé. Primipare. Elle

a été réglée à 15 ans. Ses règles ont été irrégulières depuis cet âge jusqu'à 20 ans. A partir de ce moment elles vinrent régulièrement. Date de ses dernières règles du 22 au 25 décembre. Cette femme est enceinte de 8 mois. Elle dit avoir perdu quelques gouttes de sang tous les jours pendant la seconde moitié du troisième mois. On ne trouve pas d'albumine dans ses urines. Présentation du sommet en gauche antérieure. Début du travail à 7 heures du soir le 3 septembre 1892. Début de la dilatation à 10 heures du soir le même jour. Dilatation complète à 11 h. 15 du soir. La femme prétend avoir perdu les eaux à 8 heures du matin le 2 septembre. Quoi qu'il en soit la poche était rompue à son entrée. Expulsion du fœtus à 2 h. 15 du matin le 4 septembre. Le travail a duré 7 h. 15.

Garçon de 2200 grammes et de 44 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 12,5. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7. — Sous-occipito-bregmatique, 11.

Délivrance naturelle à 3 heures du matin. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Il pèse 380 grammes. Membranes complètes, 32/12. Insertion vélamenteuse du cordon ayant une longueur de 42 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant est envoyé en nourrice.

Sa mère sort le 5 septembre.

OBSERVATION 117 (1403-1892).

La femme L., passementière, âgée de 33 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque, à 7 h. 40 du soir, le 28 septembre 1892. Bonne santé habituelle. Bassin normal. Elle est déjà accouchée en juillet 1890 à la clinique Baudelocque d'un enfant vivant, à terme, par le sommet. Délivrance artificielle par mademoiselle Roze. Irrigation continue. Premières règles à 13 ans. Date des dernières règles du 7 au 10 janvier 1892. Elle a senti remuer son enfant à quatre mois. Hauteur de l'utérus 30 centimètres. Elle est enceinte de 8 mois 1/2. Aucun accident dans sa grossesse. Présentation du sommet en droite postérieure. Bruits du cœur à droite au-dessous de l'ombilic. Les premières douleurs apparaissent à 7 heures du soir le 28 septembre. Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète à 2 h. 25 du matin le 29 septembre. Expulsion du fœtus à 2 h. 40 du matin après un travail de 7 h. 40.

Fille d'un poids de 3250 grammes et d'une longueur de 48 centimètres. État physique ?

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,4. — Occipito-mentonnier, 13,2. — Bi-pariétal, 9,6. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance naturelle à 3 h. 15 du matin le 29 septembre. Le placenta s'est présenté par la face utérine. Discoïde. 680 grammes. Membranes

32/2. Insertion vélamenteuse du cordon, qui est long de 59 centimètres.

Liquide amniotique normal.

L'enfant a été envoyé en nourrice au sein dans l'Aisne.

La mère a quitté la clinique le 1^{er} octobre 1892.

OBSERVATION 118 (1519-1892).

La femme L..., religieuse, âgée de 19 ans, entre au dortoir de la clinique Baudelocque, le 20 octobre 1892. Bonne santé habituelle. Bassin normal. Première grossesse en 1891. Application de forceps. Enfant vivant. Suites de couches normales. Réglée à 10 ans 1/2 et bien réglée depuis lors. Elle ignore la date de ses dernières règles. Elle a perçu les mouvements actifs de son enfant en juillet. Hauteur de l'utérus 26 centimètres. Elle est enceinte d'environ 7 mois. Pas d'albumine dans les urines. Elle a eu quelques vomissements dans les premiers mois de sa grossesse. Il y a trois mois la malade aurait senti à plusieurs reprises sa chemise et son linge mouillés par un liquide non coloré qu'elle attribuait à la rupture de la poche des eaux. Ces pertes de liquide ont continué de façon intermittente. Il y a un mois, le liquide a commencé à se teinter en rouge par une perte de sang abondante durant trois ou quatre jours. La femme garda le repos. Il y a huit jours, nouvelle hémorrhagie qui s'est continuée en diminuant jusqu'aujourd'hui 23 octobre. La femme est amenée à la salle de travail. La présentation est un siège décomplété mode des fesses en gauche transversale. Les premières douleurs ont fait leur apparition à 5 heures du soir. La dilatation est complète à 12 h. 30 le lendemain et l'enfant est extrait à 1 heure du matin de ce même jour. Le travail a duré 8 heures.

Garçon de 1220 grammes et de 36 centimètres. Mort quelques heures après sa naissance.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 8,7. — Occipito-mentonnière, 10. — Bi-pariétal, 6,3. — Bi-temporal, 5,3. — Sous-occipito-bregmatique, 7,3.

Expulsion spontanée du placenta à 1 h. 50 du matin le 24 août 1892. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Discoïde. 380 grammes. Membranes 12/5. Insertion vélamenteuse du cordon au premier degré. Il est long de 45 centimètres. Liquide amniotique ?

La mère quitte la clinique le 6 novembre.

OBSERVATION 119 (1644-1892).

La femme T..., couturière, âgée de 19 ans, entre à 10 h. 30 du soir le 23 novembre 1892 à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Bien réglée. Premières règles à 15 ans. Elle ignore la date de ses dernières règles. Elle paraît enceinte de 7 mois 1/2. Pas d'accidents à signaler. Les urines ne contiennent pas d'albumine. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Auscultation à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail à 7 heures

du soir le 23 novembre 1892. Au même moment la poche des eaux se rompt. Dilatation complète à 1 h. 15 du matin le 24 novembre. Expulsion du fœtus à 1 h. 30, après un travail de 6 h. 30.

Garçon de 1860 grammes et de 44 centimètres. Mis dans une couveuse. Mort à 8 heures du matin le 2 décembre.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,4. — Occipito-mentonnier, 12,8. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9,1.

Délivrance naturelle à 2 h. 15 du matin le 24 novembre. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Réniforme, 270 grammes. Membranes complètes 30/6. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 35 centimètres. Liquide amniotique ?

La mère quitte la clinique en bonne santé.

OBSERVATION 120 (74-1893).

La femme D..., domestique, âgée de 30 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 16 janvier 1893 à 3 heures du soir. Bonne santé. Bassin normal. Un accouchement antérieur à 8 mois, spontané, d'un enfant vivant, par le sommet. Réglée à 18 ans. Toujours bien réglée. Date des dernières règles du 6 au 11 avril. Hauteur de l'utérus 34 centimètres. Cette femme est à terme. Siège décomplété mode des fesses en gauche transversale. Pas d'accidents dans cette grossesse. Premières douleurs le 16 janvier à 6 heures du soir. Les membranes se sont rompues prématurément et spontanément à 2 h. 30 du soir le 16 janvier. Dilatation complète à 10 h. 30 du soir le même jour. Expulsion du fœtus à 11 h. 15 du soir. Le travail a duré 5 h. 15.

Fille vivante pesant 2800 grammes et mesurant 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,5. — Occipito-mentonnier, 11,7. — Bi-pariétal, 9,2. — Bi-temporal, 8,5. — Sous-occipito-bregmatique, 10,2.

Délivrance naturelle à 11 h. 50 du soir. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale et pèse 320 grammes. Sans lésions. Le cordon possède une insertion vélamenteuse et mesure 45 centimètres. Membranes 31/11. Liquide amniotique ?

La mère et l'enfant sont bien portants à leur sortie. Poids de l'enfant : 3020 grammes.

OBSERVATION 121 (516-93).

La nommée P..., femme de ménage, âgée de 29 ans, est enceinte pour la troisième fois. Elle est accouchée, une première fois, spontanément et à terme, d'un enfant se présentant par le sommet et encore vivant. Son deuxième accouchement s'est passé de la même manière, mais l'enfant est mort à 9 mois en nourrice. Cette femme a fait, en 1891, la fièvre rhumatismale, pendant sa deuxième grossesse. Elle est restée malade

pendant quatre mois. Premières règles à 16 ans ; règles régulières. Dernière apparition des règles le 22 juillet 1892. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Il y a six semaines, elle a perdu du sang pendant trois jours peu abondamment et sans douleurs. Le 10 avril à 10 heures du soir elle perd les eaux sans aucune douleur. Aussitôt elle a commencé à perdre du sang à flots. Vers une heure du matin le 11 avril, elle ressent des douleurs. Une sage-femme appelée, voyant l'hémorrhagie continuer et ayant constaté une procidence du cordon, croit devoir appliquer un tampon et introduit trois bourdonnets de coton. Comme l'hémorrhagie continue, on appelle un médecin. Ce dernier dirige la femme sur la clinique Baudelocque. A son entrée dans le service, le 11 avril vers 8 h. 40 du matin, cette femme perd du sang en quantité. Le facies est décoloré ; le pouls petit. En pratiquant le toucher, on retire du vagin trois petits bourdonnets de coton et 460 grammes de sang et de caillots et on constate une procidence du cordon. Le col est perméable. A droite et en arrière du col, on arrive sur une portion de placenta décollé. Mlle Roze introduit immédiatement le ballon de Champetier à droite et en avant, après avoir eu soin de refouler la tête à gauche. Les contractions deviennent énergiques et en quelques contractions le ballon est expulsé. La tête s'engage et l'hémorrhagie cesse aussitôt. La dilatation est complète. Il est 8 h. 50 du matin. En quelques minutes l'enfant est expulsé. Il est mort et sa mort semble remonter au début du travail. Peu de sang après l'expulsion. Au bout de quelques instants, le décollement du placenta n'étant pas fait, la femme perd de nouveau. L'état de cette femme paraissant très grave, Mlle Roze fait aussitôt une délivrance artificielle. Décollement du placenta facile. Pas d'adhérence anormale. Injection intra-utérine prolongée. Bien que l'utérus soit rétracté, il s'écoule encore un peu de sang venant probablement du segment inférieur. Application d'un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. On reconforte la parturiente. Grogs. Piqûres d'éther. Café.

Garçon de 2850 grammes et de 51 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11, 7. — Occipito-mentonnier, 13,8. — Bi-pariétal, 9,4. — Bi-temporal, 8,6. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 6.

Placenta irrégulier. 470 grammes. Membranes complètes 43/0. Insertion vélamenteuse du cordon. Liquide amniotique ?

Après avoir été soumise à l'irrigation continue la mère sort de la clinique le 1^{er} mai.

OBSERVATION 122 (699-1893).

La femme B..., domestique, âgée de 23 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 14 mai 1893 à 11 h. 45 du matin. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Les règles, qui sont venues pour la première fois à 12 ans, sont régulières. Dernières règles du

4 au 8 août 1892. Apparition des mouvements actifs en janvier. Hauteur de l'utérus 37 centimètres. Grossesse à terme et n'ayant pas présenté d'accidents. Les urines n'ont pas été examinées. Sommet en gauche antérieure. Auscultation à gauche et au-dessous de l'ombilic. Premières douleurs le 14 mai à 9 h. 30 du matin. Rupture des membranes à la dilatation complète, à midi le 14 mai. Expulsion du fœtus à midi 30. Le travail a duré trois heures.

Garçon de 3310 grammes et de 50 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9,3. — Bi-temporal, 8,3. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Délivrance naturelle 50 minutes après l'expulsion du fœtus. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. 480 grammes. Membranes 24/16. Insertion vélamenteuse du cordon, long de 45 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère quitte la clinique avec son enfant le 25 mai. Ils sont en bonne santé.

OBSERVATION 123 (897-1893).

La femme V..., domestique, âgée de 25 ans, n'a jamais fait de maladies. Elle a été réglée à 16 ans et depuis elle a toujours vu ses règles régulièrement. Elle vient à la clinique Baudelocque le 24 juin 1893 à 1 h. 45 du matin pour y faire ses couches. Date de ses dernières règles du 25 au 28 septembre 1892. Hauteur de l'utérus 35 centimètres. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. Celle-ci ne s'est pas passée sans accidents. Après avoir eu des vomissements dans les deux premiers mois, la femme a souffert d'une phlegmatia alba dolens du 2^e au 7^e mois, pour laquelle elle est restée au lit dans une gouttière. En ce moment elle a un peu d'œdème des membres inférieurs. Elle dit avoir perdu les eaux le 23 juin à 8 heures du soir et avoir commencé à souffrir à 9 heures. Les contractions utérines sont puissantes et subcontinues. On peut néanmoins dans les courts intervalles de repos de l'utérus sentir un pôle fœtal qui tend à s'engager ; à l'extrémité opposée, en haut et à droite, on a un ballottement céphalique très net. Dans le flanc gauche on sent un pôle fœtal, qui ne ballote pas, mais qui, dur et arrondi, a tous les caractères de la tête. A l'auscultation on perçoit un seul centre de battements à gauche au-dessous de l'ombilic. Au toucher on trouve le col dilaté comme une petite paume de main et dans l'ouverture on sent un siège décomplété mode des fesses orienté en SIDP ; les testicules sont accessibles au doigt. A 2 h. 40 du matin le 24 juin, la dilatation est complète. La femme est mise en position obstétricale. M. Bouffe de Saint-Blaise introduit la main droite pour pratiquer l'abaissement prophylactique du pied. Il amène le pied antérieur autour duquel est enroulé le cordon, qui bat faiblement. Extraction immédiate sans difficulté. L'enfant naît étonné. On le ranime rapidement. Section du

cordon entre deux ligatures. On rompt immédiatement la deuxième poche, car le second enfant s'est engagé immédiatement en droite postérieure par le sommet. Il est expulsé spontanément à 3 h. 15. Durée totale du travail 6 h. 15.

Le placenta du deuxième enfant est expulsé spontanément le premier. Le placenta du premier enfant vient ensuite relié au premier par un pont de substance placentaire. Le cordon de ce dernier reste très haut dans l'utérus et les membranes, qui entourent son point d'insertion, sont retenues de 3 h. 50 à 4 h. 15.

La masse placentaire pèse 660 grammes.

L'insertion du cordon du second enfant est vélamenteuse. Ce cordon mesure 56 centimètres.

Le premier enfant est un garçon de 1920 grammes.

Le deuxième est une fille de 2450 grammes.

Principaux diamètres du 1^{er} : Occipito-frontal, 10,4. — Occipito-mentonnier, 11,8. — Bi-pariétal, 8,3. — Bi-temporal, 7,4. — Sous-occipito-bregmatique, 8,8.

Principaux diamètres du 2^e : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 11,8. — Bi-pariétal, 8,3. — Bi-temporal, 7,4. — Sous-occipito-bregmatique, 8,8.

Liquide amniotique normal.

Date du départ de la mère, 6 juillet 1893. Elle est bien portante, ainsi que ses enfants.

OBSERVATION 124 (1420-92).

La femme J..., couturière, âgée de 22 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 29 septembre 1893 à 11 heures du soir. Jamais elle n'a été malade. Elle a un bassin normal. Primipare. Premières règles à 12 ans 1/2. Règles régulières à partir de ce moment. Dernières règles à la fin du mois de décembre 1892. Hauteur de l'utérus, 34 centimètres. Grossesse à terme. Dans les premiers mois vomissements. Pas d'albumine dans les urines. Sommet en gauche antérieure. Enfant vivant. Premières douleurs à 11 heures du soir le 29 septembre. Dilatation complète le 30 septembre à 5 h. 5 du matin. Les membranes se sont rompues à la dilatation d'une pièce de 5 fr. le 30 septembre à 4 h. 50 du matin. Expulsion du fœtus à 5 h. 25 du matin. Durée totale du travail, 6 h. 25.

Garçon pesant 3230 grammes et mesurant 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,8. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8,4. — Sous-occipito-bregmatique, 9,8.

Délivrance naturelle à 6 heures du matin le 30 septembre. Le placenta s'est présenté par son bord. Discoïde. 500 grammes. Membranes complètes, 33/10. Insertion vélamenteuse du cordon, qui a une longueur de 62 centimètres. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant sont bien portants en quittant la clinique, le 8 octobre.

OBSERVATION 125 (1434-93).

La femme B., cuisinière, âgée de 27 ans, arrive juste à la clinique Baudelocque le 2 octobre 1893 à 4 h. 55 du soir pour accoucher chez le concierge d'un enfant macéré. Cette femme n'avait jamais été malade. Elle a un bassin normal. Les règles, venues pour la première fois à 14 ans, ont toujours été régulières. La dernière apparition de ses règles datait du 28 février au 4 mars 1893. Elle était enceinte de 7 mois. Les urines renfermaient une grande quantité d'albumine. Les cinq premiers mois de sa grossesse s'étaient bien passés. Il y a deux mois, l'œdème était apparu aux membres inférieurs, mais il était resté limité aux malléoles. Au bout de cinq semaines, il envahissait les jambes, les cuisses et la paroi abdominale. Aujourd'hui, 2 octobre, la femme avait ressenti les premières douleurs chez elle vers les 3 heures. A 4 heures elle perdait les eaux. Sans perdre de temps elle s'était fait amener en voiture, mais le travail avait marché très vite et elle dut accoucher chez le concierge. Elle présente un bruit de galop, un peu de congestion pulmonaire surtout en arrière et aux bases en plus de son œdème. A son dire, elle ne sentait plus remuer son enfant depuis une quinzaine de jours. Ce dernier pèse 970 grammes.

Délivrance naturelle à 5 h. 30 du soir. Le placenta se présente par sa face utérine. Il est irrégulier et pèse 370 grammes. Deux ou trois foyers hémorragiques. Membranes incomplètes. Liquide amniotique ? Insertion vélamenteuse du cordon long de 28 centimètres.

La mère sort de la clinique en bonne santé le 15 octobre 1893. Elle n'avait plus d'albumine dans ses urines depuis le 9 octobre.

OBSERVATION 126 (1583-1893).

La femme D., domestique, âgée de 21 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 30 octobre 1893 à 8 heures du soir. A 3 ans cette femme a fait la rougeole. Il y a quatre ans, elle dit avoir eu une éruption de roséole avec angine concomitante, Elle n'a subi aucun traitement. Elle présente actuellement une polymicroadénite inguinale et sterno-cléido-mastoïdienne. Pas d'autres traces de syphilis. C'est une primipare. Elle a été réglée pour la première fois à 13 ans. Date de la dernière apparition de ses règles du 30 janvier au 2 février. Hauteur de l'utérus 36 centimètres. Enceinte de 9 mois. Pas d'accidents à signaler. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. Présentation du sommet en gauche antérieure. Enfant vivant. Premières douleurs à 2 heures de l'après-midi le 30 octobre. Rupture spontanée à la dilatation complète à 1 h. 45 du matin le 31 octobre. Expulsion du fœtus à 2 h. 25 du matin, après un travail de 12 h. 25.

Fille de 3120 grammes et de 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 13,7. — Bi-pariétal, 8,4. — Bi-temporal, 7,1. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Délivrance naturelle à 2 h. 55 du matin. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Discoïde. 630 grammes. Membranes complètes 27/13. Insertion vélamenteuse du cordon d'une longueur de 66 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant est vivant à la sortie de la mère.

OBSERVATION 127 (1647-1893).

La femme G..., ménagère, âgée de 31 ans, est amenée à la clinique Baudelocque à 1 h. 40 du soir le 12 novembre 1893. Bonne constitution. Bassin normal. Un accouchement antérieur à terme, par le siège, avec le forceps appliqué par un médecin en ville, d'une fille vivante encore, après avoir été nourrie au sein. Même père pour les deux grossesses. Premières règles à 17 ans et depuis lors règles régulières. Dernière apparition des règles du 1^{er} au 4 février. Grossesse à terme. Perte de sang à deux mois. Pas d'albumine dans les urines. Les douleurs avaient pris cette femme chez elle à minuit le 12 novembre. Elle avait appelé une sage-femme à 4 heures du matin. Celle-ci avait reconnu une présentation du siège et dit avoir rompu les membranes à la dilatation complète vers 9 h. 30 du matin. Depuis cette heure la partie fœtale ne progresse pas et la sage-femme amena la parturiente à la clinique. Il était 1 h. 40 du soir à son entrée. Au toucher on trouva une dilatation de la grandeur d'une pièce de 5 francs et les bords de l'orifice épais. Le siège est décompleté mode des fesses et reste très élevé en sacro gauche transversale. Les douleurs sont régulières et reviennent assez fréquemment. La dilatation ne progresse pas ; il y avait plutôt rétrocession. Mlle Roze, ne voulant pas abaisser un pied avant la dilatation complète et jugeant que la dilatation est rétrograde, prévient M. Lepage, car à 5 h. 50 le col est complètement revenu sur lui-même. A 6 h. 15 chloroforme. M. Lepage pratique le toucher manuel. Il fait l'abaissement prophylactique du pied. L'enfant est extrait à 6 h. 35 en état de mort apparente. Les voies respiratoires sont désobstruées et il est ranimé au bout de deux minutes.

Fille de 3820 grammes et de 52 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,5. — Occipito-mentonnier, 13,5. — Bi-pariétal, 9,5. — Bi-temporal, 8,6. — Sous-occipito-bregmatique, 10,5.

Délivrance naturelle à 7 h. 15 du soir. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Irrégulier. 620 grammes. Les membranes sont dissociées et déchirées mais paraissent complètes. Insertion vélamenteuse du cordon d'une longueur de 66 centimètres. Liquide amniotique ?

L'enfant est vivant à la sortie de la mère, le 23 novembre.

OBSERVATION 128 (5-1894).

La femme G..., couturière, âgée de 29 ans, est enceinte pour la deuxième fois. Jusqu'en 1892 elle n'avait pas fait de maladie. Vers le commencement de juillet de cette année, elle est soumise probablement au traitement spécifique ayant comme malaises de la céphalalgie, des maux de gorge et perdant ses cheveux. Elle dit avoir pris des pilules et des gargarismes. Un accouchement antérieur, spontané par le sommet, d'un enfant à terme et actuellement bien portant. Réglée à 15 ans. Date des dernières règles du 1^{er} au 4 mai. Hauteur de l'utérus, 36 centimètres. Enceinte de 8 mois 1/2. Cette femme aurait eu de la céphalalgie et des douleurs ostéocopes pendant sa grossesse. Pas d'albumine. A son entrée dans le service, à 8 h. 25 du matin le 2 janvier 1894, elle présente de l'œdème sus-pubien et des membres inférieurs. Son bassin est normal. Au palper on constate une tension permanente de l'utérus; mais on parvient à trouver une tête en bas en gauche antérieure. Au toucher on trouve un orifice dilaté comme une pièce de 5 fr. Les membranes se sont rompues au dire de la parturiente le 28 décembre 1893. Les douleurs l'ont prise vers les 11 heures du soir le 1^{er} janvier 1894. A 9 h. 45 le lendemain matin, la dilatation est complète et à 10 h. 5, cette femme expulse un fœtus dont le volume n'est pas en rapport avec celui de l'utérus. On fait alors le diagnostic de deux jumeaux. En pratiquant de nouveau le toucher, on trouve une deuxième poche des eaux. On la rompt immédiatement et cinq minutes après l'expulsion du premier fœtus, le deuxième se présente par le sommet et est expulsé sans accident.

Les deux filles pèsent : la première, 2130 grammes et la deuxième, 1990 grammes. Elles mesurent : la première, 42 centimètres et la seconde, 39 centimètres.

Principaux diamètres de la 1^{re} : Occipito-frontal, 12,3. — Occipito-mentonnier, 13, 8. — Bi-pariétal, 8,7. — Bi-temporal, 7, 3. — Sous-occipito-bregmatique, 9.

Principaux diamètres de la 2^e : Occipito-frontal, 11,4. — Occipito-mentonnier, 10. — Bi-pariétal, 8,5. — Bi-temporal, 7,7. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Délivrance naturelle à 11 h. 5 du matin. Placenta se présentant par sa face fœtale. Discoïde. Poids, 860 grammes. Membranes complètes, 24/2 27/3. L'insertion du cordon de la première est excentrique. L'insertion du cordon de la seconde est vélamenteuse. Ils mesurent : le premier, 52 centimètres, le deuxième 44 centimètres. Liquide amniotique normal.

Les enfants pèsent à leur départ : le premier 2180 et le deuxième, 1900 grammes.

Sortie de la mère en bonne santé le 13 janvier 1894.

OBSERVATION 129 (10-1894).

La femme G..., marchande de volailles, âgée de 27 ans, entre à 7 h. 50 du matin le 3 janvier 1894 à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle n'a pas fait de maladie jusqu'à présent. Le bassin est normal. Elle est accouchée spontanément, il y a 2 ans, d'un enfant à terme, élevé en nourrice au biberon et vivant encore actuellement. Même père pour les deux grossesses. Les premières règles vinrent à 13 ans et furent toujours régulières. Elle ne sait pas la date de ses dernières règles ni le moment où les mouvements actifs sont apparus. La hauteur de l'utérus est de 29 centimètres. Elle est probablement dans le 9^e mois de sa grossesse. Elle a eu des pertes sanguines légères pendant tout son cours. Pas d'albumine dans les urines. Présentation du sommet en gauche antérieure. Auscultation à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail à 4 heures du matin le 3 janvier. Dilatation complète à 9 h. 30. Cette femme avait perdu les eaux quelques minutes avant le début du travail. A son arrivée on constate que la poche des eaux est intacte et qu'il existe un orifice du diamètre d'une lentille à la partie antérieure de cette poche. Au moment de la dilatation complète, on agrandit cet orifice en déchirant largement les membranes. Expulsion du fœtus à 9 h. 40 du matin, après un travail de 5 h. 40.

Garçon de 2720 grammes et de 47 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10, 8. — Occipito-mentonnier, 13, 5. — Bi-pariétal, 9, 3. — Bi-temporal, 8, 2. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 6.

Délivrance naturelle à 10 h. 35 du matin le 3 janvier. Le placenta s'est présenté par son bord. Discoïde. Poids 450 grammes. Rétention d'une partie des membranes. Insertion vélamenteuse du cordon, long de 40 centimètres. Liquide amniotique?

La mère et l'enfant sortent bien portants de la clinique le 13 janvier.

OBSERVATION 130 (636-1894).

La femme F..., crémère, âgée de 20 ans, entre à la salle de travail à 2 h. 45 du soir le 23 avril 1894. Elle a eu la rougeole à 8 ans. Son bassin est normal. Primipare. Elle a eu ses premières règles à 17 ans et depuis elle les a régulièrement tous les mois. Elle ignore la date de ses dernières règles. Son utérus mesure 35 centimètres. Elle doit être à terme. Grossesse normale. Pas d'albumine dans ses urines. Présentation du sommet en gauche antérieure avec enfant vivant. Apparition des premières douleurs à 2 heures du matin le 23 avril. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète le même jour à 4 h. 30 du soir. Expulsion du fœtus à 5 heures du soir. Le travail a duré 15 heures.

Fille pesant 3280 grammes et mesurant 47 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier,

13, 5. — Bi-pariétal, 8, 5. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 5.

Délivrance par expression à 6 h. 45 du soir. Le placenta s'est présenté par son bord. Discoïde. 590 grammes. Membranes 34/8. Insertion vélamenteuse du cordon ayant une longueur de 52 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant sortent de la clinique en bonne santé le 4 mars.

OBSERVATION 131 (687-1894).

La femme W., sans profession, âgée de 27 ans, entre à 8 h. 40 du soir le 30 avril 1894 à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle n'a jamais eu de maladies. Son bassin est normal. Les règles, qui sont venues pour la première fois à 14 ans, sont très irrégulières. En 1893, cette femme est accouchée spontanément et à terme d'une fille se présentant par le sommet, encore vivante actuellement et ayant été élevée par une nourrice au biberon à la campagne. Pendant cette première grossesse elle a eu à différentes reprises des vertiges suivis de pertes d'équilibre. Dernières règles ignorées. Hauteur de l'utérus de 30 centimètres. Elle est probablement dans le 9^e mois de sa grossesse, dans laquelle elle a eu de la leucorrhée abondante et des vertiges. A son arrivée, la tête de l'enfant, qui est en bas, est en occipito-pubienne. La dilatation était à ce moment comme une paume de main. Le travail avait débuté à 6 heures du soir. A 9 h. 25 la dilatation était complète et on rompait artificiellement les membranes. Expulsion du fœtus à 10 h. 35. Durée totale du travail 4 h. 35.

Fille de 2560 grammes et de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Océpito-frontal, 10,5. — Occipito-mentonnier, 10,7. — Bi-pariétal, 8,6. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance par expression à 11 h. 5. Le placenta s'est présenté par son bord. Ovale. 460 grammes. Membranes 37/1. Insertion vélamenteuse du cordon mesurant 44 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant est bien portante à la sortie de la mère le 8 mai.

OBSERVATION 132 (775-1894).

La femme D., ouvrière en bottines, âgée de 28 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 8 heures du matin le 15 mai 1894. Elle n'a pas fait de maladie. Primipare. Régée à 19 ans. Dernières règles du 17 au 21 juillet 1893. Apparition des mouvements actifs vers cinq mois. Hauteur de l'utérus 35 centimètres. Enceinte de 9 mois. Pas d'albumine dans les urines. L'examen général ne révèle rien. A l'examen obstétrical on trouve un bassin vicié avec un diamètre PSP de 11,1. Le fœtus se présente par le sommet en gauche transversale. Il est vivant. Premières douleurs à 5 heures du matin le 15 mai. Début de la dilata-

tion à 8 heures du matin. Engagement du fœtus en gauche antérieure. Dilatation complète à 5 h. 30 du soir. Rupture artificielle des membranes à ce moment. Expulsion du fœtus à 5 h. 50, après un travail de 12 h. 50.

Fille de 3100 grammes et de 49 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 13,5. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance naturelle à 6 h. 45 du soir. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Discoïde. 360 grammes. Membranes complètes 26/9. Insertion vélamenteuse du cordon, qui est long de 72 centimètres. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant en bonne santé à leur sortie le 26 mai.

OBSERVATION 133 (829-1894).

La femme B..., âgée de 33 ans, entre au dortoir de la clinique Baudelocque le 17 avril 1894. Elle se plaint de douleurs dans les reins. Les jambes sont enflées et l'œdème remonte jusqu'à la paroi abdominale. On examine ses urines et on trouve de l'albumine en assez grande quantité. Elle est soumise au traitement et le 29 avril l'albumine avait disparu de ses urines. L'examen fait chaque jour n'en révèle plus trace. Elle ressent les premières douleurs le 23 mai à 3 h. 45 du matin et on l'amène à la salle de travail à 6 h. 10. Elle avait déjà perdu les eaux. La dilatation était complète et la tête, qu'on avait trouvée auparavant en droite transversale, avait déjà fait sa rotation. A 6 h. 15 elle expulse une fille vivante, après un travail de 2 heures 25. Cette femme était à terme. Elle avait eu ses dernières règles du 8 au 12 juillet 1893. Ses règles étaient toujours venues régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Elle avait fait la fièvre typhoïde à 11 ans. C'était sa sixième grossesse et le père serait le même à son dire pour toutes ces grossesses. Elle serait devenue enceinte pour la première fois à 18 ans et elle accoucha à terme d'une fille encore vivante ; elle l'avait nourrie. A 20 ans, de nouveau enceinte, elle met au jour à terme un garçon mort à six semaines ; elle l'avait également élevé. A 22 ans, elle a une nouvelle fille à terme ; elle l'a nourrie et elle vit encore. A 24 ans, elle accouche à terme d'un garçon vivant actuellement après avoir été élevé par sa mère. A 30 ans, elle met au monde, à terme, un garçon mort à trois mois ; il avait été nourri aussi par elle. Ces grossesses n'avaient rien présenté de particulier. Le dernier enfant, qu'elle vient d'avoir, pèse 4000 grammes et mesure 52 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 14,3. — Bi-pariétal, 9,8. — Bi-temporal, 8,5. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance naturelle à 6 h. 50 du matin. Le placenta s'est présenté par

la face fœtale. Discoïde. 670 grammes. Membranes complètes 15/45. Liquide amniotique normal. Insertion vélamenteuse du cordon ayant 54 centimètres de longueur. Liquide amniotique normal.

L'enfant est vivant à la sortie de la mère le 31 mai.

OBSERVATION 134 (1358-1894).

La femme L..., âgée de 30 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 5 h. 30 du soir le 23 août 1894. Cette femme a eu des convulsions de 1 à 2 ans. Elle a souffert de la chlorose de 15 à 22 ans. Son bassin est normal. Trois accouchements antérieurs. En 1890, elle a eu une fille s'étant présentée à terme par le sommet ; la mère l'a nourrie au sein pendant trois mois, puis au biberon ; actuellement elle est paralysée et idiote. En 1891 elle accouche d'un nouvel enfant venu à terme par le siège et mort-né. En 1893 elle met au monde à terme une fille née par le sommet et nourrie par sa grand'mère, actuellement bien portante. Même père pour les quatre grossesses. Elle a été réglée pour la première fois à 13 ans. Date des dernières règles du 12 au 16 novembre 1893. Apparition des mouvements actifs à fin mai. Hauteur de l'utérus, 34 centimètres. Elle est à terme. Léger nuage d'albumine dans les urines. Rien de remarquable dans l'examen général, sauf un nævus de la joue droite. L'examen obstétrical nous montre une présentation du sommet en droite postérieure. Enfant vivant. Premières douleurs le 23 août à 1 heure de l'après-midi. A 5 h. 30 du soir, col en voie d'effacement. Début de la dilatation à 8 heures du soir. Dilatation complète à 10 h. 30 du soir. Rupture artificielle des membranes à ce moment. Expulsion du fœtus au bout de cinq minutes. Le travail a duré 9 h. 35.

Garçon de 3570 grammes et de 53 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12,2. — Occipito-mentonnier, 14,2. — Bi-pariétal, 9,3. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 11.

A 11 h. 5 du soir, M. Isaac pratique le toucher et trouve que l'insertion du cordon sur le placenta est élevée. La femme perd du sang. On surveille le poulx. On donne des injections d'eau chaude. Le poulx est lent, mais il s'accélère peu à peu. La face devient pâle. Le poulx monte à 120. Mademoiselle Roze fait alors la délivrance artificielle. Injection intra-utérine. Pansement vaginal. La femme se remet peu à peu. Le placenta extrait pèse 350 grammes. Il est discoïde. Membranes entières. Insertion vélamenteuse du cordon d'une longueur de 48 centimètres. Liquide amniotique normal. Il est mélangé de sang.

Mère et enfant sortent en bonne santé le 5 septembre.

OBSERVATION 135 (1878-1894).

La femme J..., domestique, âgée de 36 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 9 h. 30 du matin le 26 août 1894. Elle a fait la rougeole à 5 ans et la fièvre typhoïde à 15 ans. En 1891 elle a eu un garçon vivant, mort au bout de neuf jours. Elle a été réglée pour la première fois à 17 ans et a eu toujours des règles régulières. Date des dernières règles du 8 au 12 novembre 1893. Apparition des mouvements actifs au mois de mars. Hauteur de l'utérus 39 centimètres. Cette femme est à terme. La grossesse n'a pas été traversée par des accidents. Pas d'albumine dans ses urines. L'examen général nous révèle une scoliose. Elle a une luxation congénitale de la hanche. Sa jambe droite libre dans tous ses mouvements est beaucoup plus courte que la gauche. En rectifiant la position du bassin, qui est très élevé à droite, on compte une différence de 8 centimètres au moins pour la jambe droite. A l'examen obstétrical on trouve un bassin aplati dont le diamètre PSP mesure 9.5. L'utérus est en antéversion prononcée. Le fœtus se présente par le sommet en gauche transversale. Les premières douleurs sont survenues à 3 heures du matin le 26 août. La tête s'engage en gauche postérieure. La dilatation est complète à 2 heures de l'après-midi. La parturiente avait perdu les eaux à son entrée dans la salle. Expulsion du fœtus à 2 h. 30. Le travail a duré 11 h. 30.

Fille de 4020 grammes et de 51 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12,5. — Occipito-mentonnier, 14,5. — Bi-pariétal, 9,1. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10,1.

Délivrance naturelle à 3 h. 10. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Discoïde. 750 grammes. Membranes complètes. Insertion vélamenteuse du cordon, qui a une longueur de 54 centimètres. Liquide amniotique normal.

Mère et enfant sortent le 8 septembre.

OBSERVATION 136 (1852-1894).

La femme P..., fleuriste, âgée de 23 ans, était depuis le 30 août 1894 au dortoir de la clinique Baudelocque, où elle avait été admise à cause de l'albumine qu'elle avait dans ses urines. Les douleurs la prennent le 6 septembre et on la transporte à la salle de travail. Elle n'a jamais fait de maladie. Son bassin est normal. En 1893 fausse couche de six semaines au retour d'un voyage en mer. Elle a eu ses premières règles à 13 ans et depuis lors elle les a eues régulièrement. Date des dernières règles du 20 au 25 décembre 1893. Apparition des mouvements actifs en avril. Elle est dans le 9^e mois de sa grossesse. L'enfant se présente par le sommet en droite postérieure. Auscultation à droite et au-dessous de l'ombilic. Premières douleurs à 3 heures du matin le 6 septembre. Di-

latacion complète à 10 h. 45 du matin. Rupture artificielle des membranes à ce moment. Expulsion du fœtus à 11 h. 40 du matin après un travail de 8 h. 40.

Garçon pesant 3.000 grammes et d'une longueur de 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9,5. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 10,5.

Délivrance par expression à midi 15 minutes. Le placenta s'est présenté par son bord. Discoïde. 450 grammes. Pas d'altérations. Membranes complètes et déchirées 27/18. Insertion vélamenteuse du cordon mesurant 90 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant est bien portant à la sortie de la mère le 13 septembre. Les urines de cette dernière renferment encore de l'albumine. Elle part sur sa demande expresse.

OBSERVATION 137 (1726-1894).

La femme P..., employée de commerce, âgée de 26 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 20 octobre 1894 à 3 h. 30 du soir. Elle a eu une bronchite il y a quatre ans. Son bassin est normal. Un accouchement antérieur à terme et spontané d'une fille s'étant présentée par le sommet bien portante actuellement et âgée de 6 ans. Premières règles à 13 ans. Date des dernières règles du 10 au 16 janvier. Apparition des mouvements actifs le 15 mai. Hauteur de l'utérus 34 centimètres. Grossesse à terme. Père différent pour cette grossesse. Aucun accident à signaler. Pas d'albumine dans les urines. Présentation du sommet en gauche antérieure. Enfant vivant. Premières douleurs le 20 octobre à 5 heures du matin. Dilatation complète à 5 h. 30 du soir. Rupture spontanée de la poche à 4 heures du soir le même jour. Expulsion du fœtus à 6 heures du soir, après un travail de 13 heures.

Fille de 3200 grammes et de 51 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12,2. — Occipito-mentonnier, 13,6. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 9,7.

Délivrance par expression à 6 h. 30 du soir. Le placenta s'est présenté par sa face utérine. Poids 530 grammes. Membranes complètes, 28/13. Insertion vélamenteuse du cordon, qui mesure 54 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant est envoyé en nourrice au biberon dans le Loir-et-Cher.

La mère quitte la clinique en bonne santé le 25 octobre.

OBSERVATION 138 (73-1895).

La femme D..., blanchisseuse, âgée de 25 ans, entre le 12 janvier 1895 à 10 heures du soir à la salle de travail de la clinique Baudeloc-

que. Bonne constitution. Bassin normal. Primipare. Elle a été réglée à 13 ans et a eu ses règles régulièrement tous les mois. Dernières règles du 7 au 14 avril. Cette femme est dans le 9^e mois de sa grossesse. Aucun accident à signaler. Pas d'albumine dans les urines. Présentation du sommet en gauche antérieure. Auscultation à gauche au-dessous de l'ombilic. Apparition des premières douleurs à 7 heures du matin le 12 janvier. Dilatation complète à 10 h. 20 du soir. Rupture des membranes à 9 heures du soir. Expulsion du fœtus à 10 h. 45 du soir après un travail de 15 h. 45.

Garçon pesant 2380 grammes et mesurant 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,5. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9,2. — Bi-temporal, 8,3. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Délivrance naturelle à 11 h. 20 du soir. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Discoïde. 340 grammes. Membranes 26/4. Insertion vélamenteuse du cordon de 54 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant quittent la clinique bien portants le 21 janvier 1895.

OBSERVATION 139 (228-1895).

La femme D., blanchisseuse, âgée de 25 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 6 h. 30 du soir le 8 février 1895. Elle a eu la rougeole à 7 ans. Bassin normal. Elle est accouchée le 8 février 1894 à la clinique Baudelocque. Grossesse normale. Durée totale du travail 34 heures. Cloisonnement du vagin à 6 ou 7 centimètres de la vulve. Garçon bien portant, élevé au sein en nourrice pendant trois mois ; allaitement continué avec du lait stérilisé au verre. Même père pour les deux grossesses. Toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans. Date des dernières règles du 24 au 31 mars. C'était le retour de couches de cette femme. Pas de règles depuis cette époque. Apparition des mouvements actifs à 4 mois 1/2. Hauteur de l'utérus 34 centimètres. Grossesse à terme. Pas d'albumine. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Auscultation à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail le 8 février à 6 heures du soir. Col en voie d'effacement à son entrée. Dilatation complète à 2 h. 30 du matin le 9 février. Rupture artificielle des membranes à ce moment. Expulsion du fœtus à 3 h. 50 du matin. Durée totale du travail 9 h. 50.

Fille de 3240 grammes et de 50 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,5. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9,3. — Bi-temporal, 8,1. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Délivrance par expression à 5 heures du matin. Le placenta s'est présenté par son bord. Discoïde. 520 grammes. Membranes 29/4. Insertion vélamenteuse d'une longueur de 52 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant est envoyé en nourrice le 11 février.
La mère sort de la clinique en bonne santé.

OBSERVATION 140 (889-1895).

La femme L., corsetière, âgée de 32 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 11 h. 30 du soir le 31 mai 1895. Elle a eu une bronchite à 25 ans. Son bassin est normal. Primipare. Règles régulières depuis l'âge de 18 ans, époque à laquelle elle a été réglée. Date des dernières règles du 8 au 12 septembre. Apparition des mouvements actifs à fin janvier. Hauteur de l'utérus 32 centimètres. Age de la grossesse 8 mois 1/2. Ni accidents, ni complications. Pas trace d'albumine. Sommet en gauche antérieure. Apparition des premières douleurs à 4 heures du soir le 31 mai. Dilatation complète et rupture spontanée à minuit le 1^{er} juin. Expulsion du fœtus à minuit 55. 9 heures de travail environ.

Garçon pesant 2130 grammes et mesurant 44 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,5. — Occipito-mentonnier, 12,5. — Bi-pariétal, 10,5. — Bi-temporal, 8,1. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Délivrance par expression française à 1 h. 30 du matin. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Discoïde. 360 grammes. Membranes complètes 33/3. Insertion vélamenteuse du cordon long de 63 centimètres. Au moment de l'expulsion on remarque autour du cou de l'enfant trois circulaires très serrés ; on les dégage en les faisant passer au-dessus de la tête et on s'aperçoit aussitôt que le cordon s'est rompu à son extrémité placentaire ; une pince est immédiatement appliquée sur le cordon. Liquide amniotique normal.

L'enfant et la mère sont bien portants à leur départ le 11 juin.

OBSERVATION 141 (926-1895).

La femme D., chapelière, âgée de 21 ans, entre le 5 juin 1895 à 9 heures du matin à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Bonne constitution. Elle aurait fait une ostéite traumatique à l'âge de 8 ans. Bassin normal. Primipare. Ses premières règles vinrent à 14 ans et elles sont régulières. Date des dernières règles du 20 au 25 août. Apparition des mouvements actifs vers le 25 janvier. Hauteur de l'utérus, 33 centimètres. Grossesse à terme. Aucun accident à signaler. Pas d'albumine dans les urines. Sommet en gauche antérieure. Auscultation à gauche au-dessous de l'ombilic. Début du travail le 5 juin à 3 heures du matin. Début de la dilatation à 9 h. 30. Rupture des membranes à la dilatation complète le même jour à 10 heures du soir. Expulsion du fœtus à 10 h. 20 du soir, après un travail de 19 heures.

Fillé de 3380 grammes et de 47 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10,5. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 10. — Bi-temporal, 9. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Délivrance par expression française à 10 h. 55 du soir. Placenta discoïde de 700 grammes. Membranes complètes et dissociées 28/6. Insertion vélamenteuse du cordon ayant 46 centimètres de longueur. Liquide amniotique normal.

La mère sort le 15 juin avec son enfant.

OBSERVATION 142 (959-1895).

La femme B..., lingère, âgée de 20 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 11 juin 1895 à 10 heures du soir. Elle a eu la rougeole à 4 ans. Son bassin n'est pas vicié. En 1893 elle est accouchée spontanément et à terme d'un garçon encore vivant et ayant été nourri au sein pendant dix mois et demi environ. Même père pour les deux grossesses. Régliée à 13 ans et toujours bien réglée dans la suite. Date des dernières règles du 28 au 29 août. Apparition des mouvements actifs à fin décembre. Hauteur de l'utérus, 34 centimètres. Grossesse à son 9^e mois. Pas d'albumine dans les urines. Sommet en droite postérieure. Auscultation à droite et au-dessous de l'ombilic. Début du travail à 6 heures du soir le 11 juin. La dilatation commence à 10 heures. Rupture spontanée des membranes à la dilatation complète à 12 h. 45 du matin. Expulsion du fœtus à 12 h. 55. Le travail a duré 6 h. 55.

Garçon pesant 2630 grammes et de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9,3. — Bi-temporal, 8,5. — Sous-occipito-bregmatique, 10,5.

Délivrance par expression française à 1 h. 30 du matin. Le placenta s'est présenté par la face fœtale. Discoïde. Poids, 510 grammes. Membranes complètes 24/9. Le cordon a une insertion vélamenteuse. Il est long de 44 centimètres. Liquide amniotique normal.

L'enfant est envoyé en nourrice chez la sœur de cette femme à Paris. Cette femme quitte la clinique le 20 juin.

OBSERVATION 143 (1124-1895).

La nommée M..., sans profession, âgée de 36 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 10 juillet 1895 à 8 h. 1/2 du matin. Elle a eu la rougeole vers 5 ans, la coqueluche à 6 ans et de la pleurésie vers 18 ans. Deux accouchements antérieurs. En 1887, elle met au monde une fille se présentant à terme, par le sommet, bien portante actuellement, après avoir été élevée par sa mère au sein jusqu'à 6 mois 1/2 et ensuite au biberon. En 1891 elle accouche d'un garçon venant à terme par le sommet nourri encore au sein par sa mère jusqu'à 3 mois ensuite au biberon et bien portant en ce moment. Même père pour les

trois grossesses. Cette femme a été réglée à 13 ans et toujours régulièrement. Elle a eu ses dernières règles du 27 septembre au 1^{er} octobre 1894. Elle a perçu les mouvements actifs de son enfant au mois de janvier. La hauteur de son utérus est de 40 centimètres. Elle est à terme. Sa grossesse s'est passée sans accidents. Pas d'albumine dans ses urines. Actuellement elle a un peu d'œdème des membres inférieurs et sus-pubien. On trouve deux jumeaux dont l'un se présente par le sommet en gauche postérieure et l'autre par le siège. Il y a deux centres d'auscultation. Le début du travail se fait le 10 juillet à 3 h. 45 du matin. La dilatation est complète à 11 h. 45 le même jour. Les membranes se sont rompues vers 11 h. 30. Le premier fœtus est expulsé une heure plus tard. Mlle Roze rompt alors les membranes de la deuxième poche et le second fœtus vient au monde 15 minutes après. Le travail a duré 9 heures.

Ce sont deux filles, pesant, la première 2600 grammes avec une longueur de 47 centimètres et la deuxième 2250 grammes avec 47 centimètres de longueur.

Principaux diamètres de la première : Occipito-frontal, 10,5. — Occipito-mentonnier, 12,5. — Bi-pariétal, 9,5. — Bi-temporal, 8,2. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Principaux diamètres de la deuxième : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 10,3. — Bi-pariétal, 9,3. — Bi-temporal, 8,2. — Sous-occipito-bregmatique, 10,5.

Délivrance naturelle à 4 h. 15 du soir. Rétention d'une partie des membranes. Ligature sur elles. Placenta se présentant par sa face fœtale. Discoïde. 750 grammes. Insertion du premier cordon vélamenteuse. Insertion du second excentrique. Le premier mesure 40 centimètres. Le deuxième 60 centimètres. Liquide amniotique normal.

Mère et enfants en bonne santé à leur sortie.

OBSERVATION 144 (1157-1895).

La femme D..., couturière, âgée de 19 ans, entre le 17 juillet 1895 à 2 heures du matin à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Rougeole à 8 ans. Bassin bien conformé. Primipare. Ses règles, qui sont venues pour la première fois à 10 ans 1/2, sont irrégulières et reviennent quelquefois deux fois par mois. Date des dernières règles du 15 au 23 octobre. Mouvements actifs à la fin de février. Hauteur de l'utérus 34 centimètres. Cette femme est dans le 9^e mois de sa grossesse, qui n'a pas été signalée par des accidents. Les urines ne renferment pas d'albumine. Présentation du sommet en droite postérieure. Enfant vivant. Les premières douleurs se font sentir à minuit le 16 juillet. Début de la dilatation à son entrée le 17 juillet à 2 heures du matin. Dilatation complète à 10 h. 30 du matin. Rupture artificielle des membranes.

à ce moment. Expulsion du fœtus à 11 heures du matin. Durée totale du travail 11 heures.

Garçon de 2950 grammes et de 48 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9, 7. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10, 1.

Délivrance par expression française à 1 heure de l'après-midi. Placenta discoïde de 500 grammes. Membranes dissociées, déchirées, incomplètes. Liquide amniotique normal. Insertion vélamenteuse du cordon long de 60 centimètres.

Mère et enfant bien portants à leur sortie le 22 juillet.

OBSERVATION 145 (1668-1895).

La femme P..., mécanicienne, âgée de 30 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 18 octobre 1895 à 8 heures du matin. Il y a 3 ans, elle a fait une attaque de rhumatisme articulaire aigu. Son bassin est normal. Primipare. Ses règles ont toujours été régulières depuis l'âge de 14 ans. Date des dernières règles du 28 au 31 janvier 1895. Apparition des mouvements actifs à 5 mois. Hauteur de l'utérus 30 centimètres. Grossesse dans le 9^e mois. Ni accident ni complication. Il n'y a pas trace d'albumine dans les urines. Rien à signaler dans l'état général. L'examen obstétrical nous indique une présentation du sommet en gauche antérieure. Enfant vivant. Premières douleurs le 18 octobre à minuit. Dilatation complète à 8 h. 30 du matin. Quoique la femme se soit reposée pendant les 15 derniers jours, il y a eu le 15 octobre rupture prématurée des membranes sans l'influence d'aucun exercice violent. Expulsion du fœtus à 9 h. 10 du matin, après un travail de 9 h. 10.

Garçon de 2970 grammes et de 46 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11, 4. — Occipito-mentonnier, 13, 3. — Bi-pariétal, 9, 6. — Bi-temporal, 7, 9. — Sous-occipito-bregmatique, 9, 5.

Délivrance par expression française à 10 h. 40 du matin. Le placenta s'est présenté par son bord. Poids 420 grammes. Membranes complètes 34/2. Insertion vélamenteuse du cordon au premier degré. Il mesure 63 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant sortent de la clinique en bonne santé le 28 octobre.

OBSERVATION 146 (1863-1895).

La femme H..., giletière, âgée de 23 ans, entre à 11 h. 20 du matin le 26 novembre 1895 à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle a eu la variole à 17 ans. Goître remontant à son enfance et n'ayant pas augmenté pendant cette grossesse. Bassin bien conformé. Primipare. Elle a été réglée pour la première fois à 13 ans. Elle n'a pas eu ses règles jusqu'à 15 ans. Puis elles sont venues régulièrement. Dernières règles

du 4 au 7 février 1895. Apparition des mouvements actifs vers le 5^e mois. Hauteur de l'utérus 32 centimètres. Femme enceinte de 9 mois. Présentation du sommet en gauche antérieure. Elle avait au début une présentation du siège. On l'avait fait entrer pour ce motif au dortoir le 12 novembre et M. Pinard avait fait la version. Les premières douleurs surviennent à 1 heure du matin le 26 novembre. Dilatation complète à 3 h. 15 du soir. Les membranes s'étaient rompues spontanément à 10 heures du matin. L'expulsion du fœtus dure dix minutes. Durée totale du travail 16 heures.

Fille de 3300 grammes et de 49 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 12. — Occipito-mentonnier, 14. — Bi-pariétal, 9,2. — Bi-temporal, 8,2. — Sous-occipito-bregmatique, 9,6.

Délivrance par expression française 35 minutes après l'expulsion du fœtus. Placenta discoïde. 350 grammes. Membranes complètes 31/40. Liquide amniotique normal. Insertion vélamenteuse du cordon au point diamétralement opposé à l'ouverture de l'œuf. Longueur du cordon 63 centimètres. Un circulaire passé par-dessus les épaules.

Cette femme quitte la clinique avec son enfant le 5 décembre.

OBSERVATION 147 (1866-1895).

La femme S..., domestique, âgée de 25 ans, entre le 26 novembre 1895 à 10 h. 5 du soir à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle a eu la rougeole dans son enfance. Bassin normal. Trois accouchements antérieurs. En 1890, elle accouche spontanément et à terme d'un garçon élevé au biberon par ses grands-parents et bien portant actuellement. En 1893 elle accouche prématurément d'un enfant mort. En 1894 elle met au monde un enfant venu à terme, nourri au biberon par sa grand'mère et bien portant à ce moment. Même père pour les quatre grossesses. Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Dernières règles à fin avril. Apparition des mouvements actifs en août. Hauteur de l'utérus 35 centimètres. Grossesse dans son 8^e mois. Cette femme a travaillé jusqu'à la fin. Le volume exagéré du ventre à cette époque de la grossesse éveille l'attention du côté d'une grossesse gémellaire. On trouve deux jumeaux dont l'un se présente par le sommet en gauche antérieure et dont l'autre a le siège en bas. Deux foyers d'auscultation. Pas d'albumine dans les urines. Les premières douleurs apparaissent à 5 heures du soir le 26 novembre. Dilatation complète à 12 h. 20 du soir. Rupture artificielle des membranes à ce moment. Expulsion du premier fœtus à 12 h. 35. On rompt la seconde poche des eaux et le deuxième fœtus est extrait à 12 h. 50. Durée totale du travail 7 h. 50.

Les deux jumeaux sont deux garçons. Le premier pèse 2250 grammes et mesure 43 centimètres. Le second a le même poids mais 44 centimètres de longueur.

Principaux diamètres du 1^{er} : Occipito-frontal, 10,7. — Occipito-mentonnier, 12,6. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 10,3.

Principaux diamètres du 2^e : Occipito-frontal, 11. — Occipito-mentonnier, 12,3. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 8,4. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance par expression française à 4 h. 40 le 27 novembre. Le placenta se présente par sa face fœtale. Poids, 830 grammes. Discoïde. Membranes complètes : 26/10 pour la loge du premier enfant ; 31/6 pour celle du second. Le cordon du premier enfant a une insertion vélamenteuse au point diamétralement opposé à l'ouverture de l'œuf. Il mesure 44 centimètres. L'insertion du cordon du deuxième est centrale. Il est long de 36 centimètres. Liquide amniotique normal.

Mère et enfants quittent la clinique le 14 décembre.

OBSERVATION 148 (1894-1895).

La femme D... lingère, âgée de 16 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 9 h. 30 du matin le 30 novembre 1895. Cette femme a eu des crises nerveuses dans sa jeunesse. Elles ont cessé depuis trois ans. Bassin bien conformé. Primipare. Elle a ses règles régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Dernière apparition des règles du 15 au 20 mars. Hauteur de l'utérus, 28 centimètres. Elle est enceinte de 8 mois. Elle travaille assise. Pas d'albumine dans les urines. Rien à signaler dans l'état général. L'enfant se présente par le sommet en gauche antérieure. Il est vivant. Apparition des premières douleurs à 7 heures du soir le 29 novembre. Dilatation complète à 1 heure du soir le 30 novembre. Rupture des membranes à ce moment. Expulsion du fœtus à 4 h. 45, après 18 h. 45 de travail.

Garçon de 2050 grammes et de 45 centimètres.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 11,7. — Occipito-mentonnier, 13,3. — Bi-pariétal, 8,2. — Bi-temporal, 7,7. — Sous-occipito-bregmatique, 10.

Délivrance par expression française à 2 h. 45 du soir. Le placenta s'est présenté par sa face fœtale. Discoïde. Poids, 450 grammes. Foyers hémorrhagiques anciens. Membranes complètes 31/11. Liquide amniotique normal. Insertion vélamenteuse du cordon au point diamétralement opposé à l'orifice de rupture. Longueur de ce cordon, 65 centimètres.

Mère et enfant sortent bien portants le 8 décembre.

OBSERVATION 149 (2059-1895).

La femme X... entre à 8 heures du soir le 27 décembre à la salle de travail de la clinique Baudelocque. Elle a eu la rougeole suivie de la scarlatine à 12 ans. Elle a souffert de gastralgie vers 18 ans. Deux

accouchements antérieurs. Elle est accouchée à 8 mois spontanément d'une fille, se présentant par le sommet, nourrie au sein par la mère et morte à dix jours. Puis elle a mis au monde à terme et spontanément une fille venue par le sommet, élevée au biberon par ses grands-parents dans la Sarthe et bien portante actuellement. Même père pour les trois grossesses. Ses règles, qui sont venues pour la première fois à l'âge de 16 ans, sont régulières. Date des dernières règles du 14 au 17 avril 1895. Hauteur de l'utérus 32 centimètres. Elle est enceinte de 8 mois. Elle a travaillé pendant tout le temps de sa grossesse. Ses urines contiennent de l'albumine. Pas d'œdème des membres inférieurs. Pas de symptômes fonctionnels. Présentation du sommet en gauche antérieure. Début du travail le 28 décembre à 8 heures du matin. Dilatation complète à 2 h. 25 du soir. Rupture artificielle des membranes à ce moment. Expulsion du fœtus à 2 h. 40 du soir. Le travail a duré 6 h. 40.

Garçon d'un poids de 2150 grammes.

Principaux diamètres : Occipito-frontal, 10,7. — Occipito-mentonnier, 11,7. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9,4.

Délivrance par expression française à 3 h. 20 du soir. Placenta irrégulier de 480 grammes. Sans lésion. Membranes complètes 32/5. Insertion vélamenteuse du cordon au premier degré. 49 centimètres de longueur. Liquide amniotique normal.

La mère et l'enfant quittent la clinique le 4 janvier.

OBSERVATION 150 (47-1896).

La femme X. . entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque le 8 janvier 1896 à 6 h. 40 du matin. Elle a perdu son père à 42 ans de tuberculose pulmonaire et sa mère au même âge à la suite d'une pleurésie. Elle a marché à 2 ans 1/2, mais son bassin est normal. Régliée à 15 ans ; toujours bien depuis. Elle n'a jamais été malade. Quatre accouchements antérieurs. En 1881 application de forceps à l'hôpital Tenon. Garçon à terme, élevé au biberon par une nourrice, mort à 9 mois en décembre. En 1882, accouchement spontané à terme d'un garçon élevé au biberon par une nourrice et mort à 7 ans de méningite. En 1890 accouchement spontané et à terme d'une fille élevée au biberon en nourrice et morte à 5 ans de méningite. En 1893 accouchement spontané et à terme d'une fille nourrie au sein maternel, bien portante. Même père pour toutes les grossesses.

Date des dernières règles du 24 au 30 avril. Mouvements actifs en août. Hauteur de l'utérus 36 centimètres. La grossesse de cette femme s'est bien passée. D'ailleurs elle s'est reposée pendant tout son cours. Pas d'albumine dans ses urines. L'examen général de cette femme ne nous révèle rien d'intéressant. A l'examen obstétrical on constate une tension exagérée des parois. Le palper révèle l'existence de deux ju-

meaux se présentant par le sommet et dont le premier est engagé en gauche antérieure. Les enfants sont vivants.

Les premières douleurs ont débuté le 8 janvier à 3 heures du matin. A son arrivée dans le service la femme avait perdu les eaux. A ce moment la dilatation était presque complète. Expulsion du premier fœtus à 7 h. 20. On place deux pinces sur le cordon entre lesquelles on le sectionne. Le deuxième jumeau se présentant par le sommet en gauche antérieure on rompt la seconde poche et à 9 h. 45 du matin le deuxième fœtus est expulsé. Le travail a duré 6 h. 45.

Les deux enfants sont du sexe masculin. Ils pèsent : le premier 2360 et le 2^e 2410 grammes. Leur longueur est de 44 et de 45 centimètres.

Principaux diamètres du 1^{er} : Occipito-frontal, 10,1. — Occipito-mentonnière, 13. — Bi-pariétal, 9,2. — Bi-temporal, 8,3. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Principaux diamètres du 2^e : Occipito-frontal, 11,5. — Occipito-mentonnière, 12,5. — Bi-pariétal, 8,7. — Bi-temporal, 8,1. — Sous-occipito-bregmatique, 10,3.

Le placenta est expulsé spontanément à 10 heures du matin, 15 minutes après l'expulsion du deuxième fœtus. Deux masses placentaires distinctes, reliées par un pont membraneux. La cloison est formée de six membranes. L'insertion des deux cordons est vélamenteuse. Malgré la séparation très nette des deux masses placentaires, il y a une différence notable dans la coloration du placenta. Le placenta pèse 920 grammes. Les cordons mesurent 48 et 47 centimètres. Liquide amniotique normal.

La mère et les enfants sortent en bonne santé de la clinique.

OBSERVATION 154 (82-1896).

La femme D..., femme de chambre, âgée de 29 ans, entre à la salle de travail de la clinique Baudelocque à 5 heures du matin le 15 janvier 1896. Cette femme a eu une pneumonie à 17 ans. Elle a marché très tard, mais son bassin est normal. Réglée à 14 ans mais irrégulièrement. On compte des grossesses multiples dans la famille de son mari. Un accouchement antérieur, en 1895, à 7 mois, par le sommet, d'un garçon, mort à 8 mois en juillet, élevé au biberon chez une nourrice mercenaire. Date des dernières règles du 1^{er} au 5 mai. Hauteur de l'utérus 43 centimètres. Grossesse au 9^e mois. Pas d'accident ni de complication. Pas d'albumine. La femme se repose depuis six semaines. Le palper révèle une grossesse gémellaire. On trouve un sommet, en bas, en gauche antérieure. Le second fœtus se présente par le siège. Le travail débute à 3 heures du matin le 15 janvier. Rupture des membranes de la première poche à la dilatation complète à 10 heures du matin le même jour. Expulsion du premier fœtus dix minutes après. Immédiatement on fait la version du deuxième fœtus et on rompt la seconde poche des eaux. Le

second fœtus est expulsé à 10 h. 20. Durée totale du travail 7 h. 20.

Les deux jumeaux sont deux garçons dont le premier pèse 1980 et mesure 41 centimètres, et dont le second pèse 2580 et a 46 centimètres de longueur.

Principaux diamètres du 1^{er} : Occipito-frontal, 10,5. — Occipito-mentonnier, 12,3. — Bi-pariétal, 9. — Bi-temporal, 7,5. — Sous-occipito-bregmatique, 9,5.

Principaux diamètres du 2^e : Occipito-frontal, 11,3. — Occipito-mentonnier, 13. — Bi-pariétal, 9,3. — Bi-temporal, 8. — Sous-occipito-bregmatique, 9,9.

Délivrance naturelle à 11 h. 10 du matin le 15 janvier. Le placenta se présente par la face fœtale. Masse commune aux deux fœtus de 690 gr. Membranes dissociées mais complètes. L'insertion du premier cordon se fait tout à fait au bord du placenta, même un gros vaisseau court dans les membranes sur une longueur de 10 centimètres. Longueur de 35 centimètres. Insertion excentrique du deuxième cordon qui mesure 42 centimètres. Liquide amniotique normal.

Mère et enfants sortis bien portants le 25 janvier 1896.

CONCLUSIONS

L'insertion vélamenteuse est plus fréquente dans les grossesses doubles que dans les grossesses simples.

Elle peut exposer le fœtus à différents accidents pendant la grossesse et pendant l'accouchement.

Pendant la grossesse :

Elle semble être capable de produire la rupture prématurée des membranes (6 cas, aucune autre cause ne pouvant être invoquée).

Elle paraît provoquer dans certaines circonstances l'accouchement avant son terme normal (4 cas paraissent militer en faveur de cette manière de voir).

Elle pourrait nuire au développement de l'enfant et amener sa mort (4 cas).

Elle expliquerait peut-être certaines observations d'hydramnios et d'hydropisies fœtales (2 cas).

Pendant l'accouchement :

Quelques cas de rupture précoce sont peut-être son fait.

Elle peut faire souffrir l'enfant pendant le travail (15 fois liquide amniotique vert).

Elle peut tuer l'enfant plus par compression que par déchirure (2 cas de compression, aucun cas de déchirure).

Elle est une cause prédisposante de la procidence du cordon.

Elle affaiblit la solidité du cordon et facilite sa rupture pendant le dégagement d'un circulaire et par cela même oblige à employer pour la délivrance l'expression française au lieu de la méthode des tractions.

Vu :

Le Président de la thèse,
PINARD.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier (Hte-Marne).
